

UNIVERSITE DE MONTREAL

UNE EXPERIENCE D'EDUCATION DES ADULTES EN
SANTÉ COMMUNAUTAIRE: LE "COLLECTIF GARDERIES"

PAR

DANIELLE CARON

SECTION D'ANDRAGOGIE

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION



MEMOIRE PRESENTE A LA FACULTE DES ETUDES SUPERIEURES
EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE
MAITRE ES ARTS (M.A.)

AOUT 1982





Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

TABLE DES MATIERES

	pages
Sommaire.	vi
Reconnaissance.	viii
INTRODUCTION.	1
Chapitre	
I - LE PROJET GARDERIES	4
1. Origines du projet garderies	4
2. Premier mandat du projet garderies	6
3. Réalisation du premier mandat.	7
4. Suggestion d'un mode d'intervention.	20
5. Deuxième mandat du projet garderies.	20
6. Réalisation du deuxième mandat	21
II - PROJET DE RECHERCHE	23
1. Problématique.	23
2. Solutions proposées.	36
3. Objet de la recherche.	42
4. Objectifs de la recherche.	43
5. Méthodologie	44
III - LE COLLECTIF GARDERIES.	54
1. Préparation de l'intervention.	54
2, Intervention auprès de six milieux de garde à l'enfance.	74
3. Evaluation du projet exploratoire.	81
IV - ANALYSE DES RESULTATS	95
1. Action communautaire	95
2. Groupe de travail.	112
CONCLUSION.	132
BIBLIOGRAPHIE	139

Appendices

1.	GRILLE DE BESOINS.	144
2.	ETAPES D'INTERVENTION.	151
3.	SYNTHESE DES DONNEES COLLIGEEES A L'AIDE DE LA GRILLE DE BESOINS.	153
4.	QUESTIONNAIRE SUR LE TRAVAIL DE GROUPE (adaptation)	167
5.	QUESTIONNAIRE SUR LE TRAVAIL DE GROUPE (original)	171
6.	LISTE DE REFERENCE DU COLLECTIF GARDERIES.	174
7.	GUIDE DE RAPPORT ET D'ANALYSE DES INTERVENTIONS DU COLLECTIF GARDERIES . . .	176
8.	REUNION D'EVALUATION DU COLLECTIF GARDERIES.	178
9.	COMPTE RENDU DE LA REUNION D'EVALUATION DU COLLECTIF GARDERIES	181
10.	QUESTIONNAIRE D'EVALUATION	195
11.	RESULTATS DU QUESTIONNAIRE COMPLETE PAR LES PARTICIPANTS AU PROJET GARDERIES . . .	198

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux		pages
I	- But et objectifs du Collectif garderies. . .	60
II	- Etape de préparation de l'intervention: satisfactions, insatisfactions et recommandations selon les thèmes discutés. .	84
III	- Etapes d'intervention et d'évaluation: réflexions et recommandations selon les thèmes discutés.	85
IV	- Fonctionnement en groupe de travail: satisfactions, insatisfactions et recommandations selon les thèmes discutés. .	86
V	- Conformité des activités d'éducation sanitaire aux critères de qualité selon les besoins ou les problèmes exprimés dans les services.	108
VI	- Répartition des réponses selon les apprentissages effectués au sein du groupe de travail.	117

SOMMAIRE

La présente recherche s'inscrit dans le cadre d'un projet exploratoire réalisé auprès de services de garde à l'enfance par une équipe de travailleurs de la santé communautaire: le Collectif garderies.

Une prise de conscience des contradictions qui existent entre la pratique en santé communautaire et les idées qui sont valorisées dans ce domaine et dans celui de l'éducation, est à l'origine de la recherche. Pour tenter de faire le lien entre la théorie et la pratique, l'action communautaire est utilisée comme stratégie d'intervention auprès des services de garde, et le groupe de travail est la méthode d'apprentissage employée avec les travailleurs de la santé communautaire impliqués.

Notre recherche a pour objectifs d'évaluer l'utilisation de l'action communautaire comme stratégie d'intervention et l'utilisation du groupe de travail comme méthode d'apprentissage pour les intervenants. La méthodologie choisie est la recherche action. Elle est réalisée en trois étapes par les membres du Collectif garderies: le groupe se donne de l'auto-formation; il

intervient auprès de cinq garderies et d'une pré-maternelle et enfin il évalue l'intervention, la stratégie d'intervention et la méthode d'apprentissage.

L'analyse des données recueillies révèlent que, telle qu'employée avec les services de garde, la stratégie d'action communautaire a favorisé, d'une part, la participation active de la population ainsi que l'établissement de relations égalitaires entre les intervenants et la population et, d'autre part, la mise sur pied d'activités dont le contenu est utilisable à court terme et directement relié aux préoccupations de la population concernée. Enfin le groupe de travail, tel qu'utilisé par le Collectif garderies, s'est avéré une méthode d'apprentissage efficace: les participants ont acquis la formation nécessaire à l'accomplissement de leur tâche, ils ont réalisé une analyse de leur pratique et ils se sont donné du support au niveau moral et au niveau technique.

RECONNAISSANCE

Le présent mémoire a été réalisé grâce à la participation des membres de l'équipe de la Direction de la Santé communautaire de l'Hôpital Sainte-Justine, du CLSC Côte-des-Neiges et de six milieux de garde à l'enfance situés sur le territoire géographique de la DSC.

Merci à: Mona Baumgarten
Ginette Corey
Huguette Doucet
Pierre Duguay
Murielle Forget
Bernard Heneman
Dominique Houle
Monique Lanouette
Monique Lapointe
Isabelle Laporte
Lucie Levert
Claire Major
Dolores Thinel

qui ont collaboré intimement à la conception, à la réalisation et à l'évaluation du projet Collectif garderies.

Enfin toute ma reconnaissance s'adresse à Adèle Chené qui a accepté de diriger ce mémoire.

INTRODUCTION

Le monde de la santé communautaire, sept ans après la réforme qui a donné naissance aux départements de santé communautaire au Québec, s'est engagé dans une étape de réflexion concernant ses interventions auprès de la population. Le projet Collectif garderies qui fait l'objet de notre mémoire s'inscrit dans la recherche de nouvelles pratiques en santé communautaire.

En choisissant de rédiger ce mémoire, nous désirons participer à la tentative d'appliquer dans l'action certains des principes et des valeurs qui sont mis de l'avant par les penseurs et les critiques de la santé et de l'éducation. Plus particulièrement, il nous est apparu une occasion d'explorer l'application des principes de l'andragogie dans la pratique éducative en santé communautaire.

En témoignant de l'expérience vécue par le Collectif garderies nous ne prétendons pas faire une recherche théorique ou proposer des solutions définitives. Nous tenterons plutôt de faire une réflexion critique sur une expérience d'éducation des adultes dans le domaine de la santé communautaire.

Notre mémoire fait état d'une recherche action. Bien que nous ayons participé activement à la conception de ce projet, la réalisation de cette recherche action est le fruit de la coopération des membres d'un groupe de travailleurs de la santé communautaire, le Collectif garderies, et non celui de notre travail personnel. En effet dans la recherche, nous avons choisi de fusionner la formation et la recherche faite par un groupe dont nous sommes une des participantes. En groupe nous expérimentons une nouvelle approche en santé communautaire, soit l'action communautaire comme stratégie d'intervention auprès de la population, et une nouvelle méthode d'apprentissage, soit le groupe de travail comme moyen d'auto-formation et de fonctionnement.

La participation des membres de l'équipe de santé communautaire comme celle des membres de la population est un élément essentiel de cette recherche. Mais nous désirons souligner que la participation n'est pas l'objectif général. Elle est un moyen pour remplir le mandat de l'équipe de santé communautaire, qui est de répondre aux besoins de santé d'une population, plus particulièrement ici celle des enfants d'âge préscolaire.

Afin d'établir les coordonnées nécessaires à la compréhension du Collectif garderies, nous présentons dans un premier chapitre l'ensemble du projet garderies dans lequel il s'inscrit. Le deuxième chapitre fait état de notre projet de recherche, et le troisième chapitre relate la recherche action réalisée par le Collectif garderies. Enfin le dernier chapitre présente l'analyse et les résultats relatifs à l'utilisation de l'action communautaire comme stratégie d'intervention et du groupe de travail comme moyen d'auto-formation et de fonctionnement.

Le contexte de la recherche action, l'expérience vécue par le Collectif garderies, est riche et indissociable de la recherche; au risque d'alourdir la présentation, nous choisissons de relater le plus fidèlement possible le contenu de cette expérience.

CHAPITRE PREMIER

LE PROJET GARDERIES

Le projet garderies, plus précisément la réalisation de son deuxième mandat--évaluer le rôle de l'équipe de santé communautaire dans les milieux de garde d'enfants, opérant sur un territoire donné--constitue le contexte de la présente recherche. Ce deuxième mandat est réalisé par un groupe de travailleurs de la santé communautaire: le Collectif garderies. Afin de situer l'expérience vécue par ce groupe dans l'ensemble du projet, voici les six étapes qui rendent compte du développement du projet garderies:

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. Origines du projet garderies | juin 1979 |
| 2. Premier mandat du projet | sept. 1979 |
| 3. Réalisation du premier mandat | sept. 1979 - avril 1980 |
| 4. Suggestion d'un mode d'intervention | mai 1980 |
| 5. Deuxième mandat du projet | juin 1980 |
| 6. Réalisation du deuxième mandat
(Collectif garderies) | sept. 1980 - janv. 1982 |

1. Origines du projet garderies

Le projet garderies s'inscrit parmi les démarches de la direction de la santé communautaire (DSC) d'un hôpital de la

région de Montréal, pour remplir son mandat de promotion de la santé auprès d'une population donnée.

En juin 1979, une équipe de la DSC, lors d'une journée de réflexion en santé maternelle et infantile, décide d'explorer un mode d'intervention auprès des services d'accueil à la petite enfance opérant dans les limites géographiques du territoire qui lui est confié. Cette exploration doit conduire à élaborer une stratégie pour y identifier les besoins relatifs à la santé des enfants de trois mois à cinq ans et, s'il y a lieu, d'y organiser des services. Cette décision s'appuie sur les principes suivants: la DSC a pour rôle d'analyser les problèmes et les besoins relatifs à la santé d'une population, d'élaborer des programmes de santé, de coordonner les ressources communautaires et d'évaluer l'état de santé de la population et l'impact des programmes de santé.¹ Or la population des deux ans et demi à cinq ans est peu rejointe par les intervenants de la DSC concernée. Comme sur le territoire de la DSC il y a une trentaine de garderies et de pré-maternelles qui regroupent le tiers de la population âgée de zéro à cinq

¹Jean Rochon, La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux, dans L'Annuaire du Québec, 1975-1976, Editeur officiel du Québec, p. 475.

ans, il semble opportun d'entrer en contact avec ces milieux pour rejoindre cette population.

Un autre principe s'appuie sur la volonté de la DSC de tenir compte des demandes de la population. Durant l'année 1978-1979, six garderies ont fait appel à la DSC pour obtenir des services.

2. Premier mandat du projet garderies

En septembre 1979, la DSC nous confie le dossier garderies. La tâche consiste, au terme d'une trentaine de jours de travail échelonnés sur huit mois, de suggérer à la DSC un mode d'intervention auprès des services de garde de son territoire. D'une part, ce mode d'intervention doit tenir compte des attentes des garderies et des ressources disponibles à la DSC et au CLSC. D'autre part, nous croyons que la qualité des interventions en santé communautaire est relative tant à l'exécution des étapes (identifier les besoins de santé prioritaires, choisir la clientèle cible, fixer les objectifs, organiser le type d'activités requises, utiliser les ressources pertinentes et évaluer l'impact et le processus), qu'à la forme de relations inter-personnelles qui prévalent dans les rapports avec

la population et au sein même de l'équipe de santé communautaire. Cette forme de relations tient, entre autres, à l'attitude des intervenants et aux moyens concrets qui sont utilisés pour construire la relation, soit: la stratégie d'intervention et l'approche pédagogique. Le défi consiste donc à développer un mode d'intervention qui soit cohérent avec ces différentes valeurs.

3. Réalisation du premier mandat (septembre 1979 - avril 1980)

La première démarche entreprise vise à identifier et à analyser les perceptions tant épidémiologiques que psychosociales relatives à un mode d'intervention auprès des services de garde à l'enfance. Fidèle à l'enseignement de Pineault² et de O'Neill,³ nous considérons la dimension psychosociale aussi importante que la dimension épidémiologique. La dimension

²Raynald Pineault, Eléments et étapes d'élaboration d'un programme en santé communautaire, dans L'Union médicale du Canada, vol. 109, n° 8, livraison d'août 1976, p. 1204-1205.

³Michel O'Neill, Santé communautaire et communauté: de l'influence de deux conceptions de la communauté sur les interventions québécoises en éducation sanitaire, dans Les Cahiers de santé communautaire, Association pour la Santé publique du Québec (éd.), Cahier 2, Québec, juin 1979, p. 27.

psychosociale fait référence à la perception et aux attentes de la population; la dimension épidémiologique concerne les perceptions des professionnels, basées sur les données de type socio-sanitaire. Afin de vérifier ces perceptions, les questions suivantes sont posées à la population et aux professionnels de la santé:

1. Y a-t-il des besoins de services relatifs à la santé des enfants qui fréquentent les services de garde?
2. Quelles sont vos attentes ou votre conception des services de santé communautaire pour les garderies et les pré-maternelles?
3. Quel modèle d'intervention souhaitez-vous ou privilégiez-vous?

Voici comment nous procédons pour recueillir ces données:

a) Pour consulter la population, nous visitons trois garderies; nous participons à une réunion générale regroupant des parents et des moniteurs; nous communiquons avec deux associations de garderies, soit: Le Regroupement des garderies à but non lucratif du Québec (RGQ) et S.O.S. garderies. Enfin, nous consultons des ouvrages écrits par des parents ou en collaboration avec des travailleurs des garderies.

b) Pour consulter les professionnels de la santé, nous demandons d'abord la collaboration de tous les DSC du Québec afin de connaître leurs interventions auprès des garderies ou celles des CLSC opérant sur leur territoire. Puis nous organisons des entrevues avec un agent d'information, un biostatisticien, des conseillers en recherche, un épidémiologiste ainsi qu'avec des infirmières et des médecins membres des équipes de la DSC, du CLSC et de l'hôpital impliqués directement ou indirectement dans le projet. De plus, nous consultons des écrits relatifs aux garderies publiés par les gouvernements du Québec et du Canada. Enfin, nous nous référons à quelques ouvrages traitant de la santé des enfants.

c) Pour consulter les auteurs en santé communautaire, nous nous référons aux écrits considérés comme fondamentaux par l'équipe de la DSC avec laquelle nous travaillons.

En éducation des adultes, nous consultons un ouvrage synthèse préparé à partir des écrits des spécialistes internationaux.

Voici les réponses des gens consultés, selon les trois questions choisies précédemment.

1. Y a-t-il des besoins de services relatifs à la santé des enfants qui fréquentent les services de garde?

a) Les parents et les moniteurs consultés attendent du support de la part de l'équipe de santé communautaire. Certains en ont même déjà demandé. Ils disent qu'ils se sentent parfois démunis devant certains aspects de la santé des enfants (v.g.: accidents bénins, difficultés de relations enfant(s)-enfant(s) ou enfant(s)-moniteur(s); indices de santé; dépistage des problèmes de santé; questions de prévention et d'hygiène).

b) Les professionnels de la santé croient qu'ils ont un rôle à jouer auprès des services de garde. Plus spécifiquement ce rôle est de participer à la prévention primaire et secondaire des problèmes de santé physique, mentale et sociale des enfants. Dans "Priorités actuelles en pédiatrie",⁴ Gloria Jeliu invite les professionnels de la santé à développer des moyens pour intervenir auprès des enfants qui ne fréquentent pas encore l'école. Elle démontre la nécessité d'apporter de ↗ l'aide aux enfants victimes de désordres émotionnels, familiaux

⁴Gloria Jeliu, Priorités actuelles en pédiatrie, texte d'une conférence prononcée en 1975, p. 3-6.

et psychosociaux, tels le syndrome carentiel et les phénomènes abusifs. Crow⁵ constate que les adultes qui s'occupent des enfants sont souvent assez bien préparés pour faire face aux problèmes de santé physique des enfants mais qu'ils ont besoin de formation et de support pour le dépistage des problèmes associés au développement global de l'enfant. Le Comité interministériel sur les services d'accueil à la petite enfance⁶ ainsi que The Canadian Council of Social Development⁷ suggèrent la collaboration des professionnels de la santé avec les services de garde. Enfin l'expérience de Breton et de Sabatier⁸ fait ressortir l'opportunité d'une intervention préventive des professionnels de la santé dans les garderies.

⁵Gary A. Crow, Children at Risk, New York, Schocken Books, 1978, p. 3.

⁶Comité interministériel sur les services d'accueil à la petite enfance, Rapport, Québec, Editeur officiel du Gouvernement du Québec, février 1978, p. 13-15.

⁷The Canadian Council on Social Development, Day Care: Growing, Learning, Caring, Ottawa, The Canadian Council on Social Development, 1973, p. 10-15.

⁸J.J. Breton et C. Sabatier, Psychiatrie du jeune enfant: une expérience de quatre ans dans une garderie, dans Revue de Neuropsychiatrie infantile, livraison de mai-juin 1977, vol. 25, n° 5-6, p. 311-318.

2. Quelles sont vos attentes ou votre conception des services de santé communautaire pour les garderies et les pré-maternelles?

Deux types de services sont préconisés: l'intervention directe et l'intervention indirecte. 1- Dans l'intervention directe, l'équipe de santé communautaire intervient directement auprès des enfants. On offre alors des services de dépistage précoce des problèmes de santé (e.g.: examens médicaux, tests d'audition et de vision), des séances d'information santé et des services de soins en cas d'épidémie. 2- Dans l'intervention indirecte, l'équipe de santé communautaire sert de ressource et de support pour les parents et les moniteurs qui interviennent eux-mêmes auprès des enfants. L'intervention directe est préconisée dans des programmes⁹ ou des recherches¹⁰

⁹Monique Forgues, Programme de santé à l'intention des enfants et du personnel des garderies, Québec, Service de garderie, MAS, mars 1977; Odette Leduc, Projet-Pilote en Garderie, Département de Santé Communautaire du CH Charles-Lemoyne, avril 1977; Jeannine Bouchard et Odette Leduc, Evaluation Projet-Pilote en Garderie, DSC du CH Charles-Lemoyne, juin 1978; Gilles Forget, Evaluation du programme de surveillance de la santé des enfants de 2-5 ans en milieu de garderies, Hôpital du Sacré-Coeur, Département de Santé Communautaire, sept. 1979.

¹⁰Albert Chang, Health Services Needs of Children in Day Care Centers, dans American Journal of Public Health, vol. 68, 1978, p. 373-377; A.B. Doyle, Incidence of Illness in Early Group and Family Day Care, dans Pediatrics, vol. 58, n° 4, oct.

concernant l'intervention auprès des garderies. De plus, quelques parents, moniteurs et professionnels de la santé suggèrent ce type de services pour les questions de dépistage et pour les situations de crise (e.g.: épidémie). L'intervention indirecte est suggérée par la majorité des parents et des moniteurs, principalement en regard de l'éducation sanitaire des enfants. Les professionnels de la santé, majoritairement des infirmières, préconisent l'intervention indirecte. Il en est de même dans "Proposition pour une politique de services à la petite enfance".¹¹ On y suggère que la prévention soit basée davantage sur l'aide à une organisation de vie que

1976, p. 607-613; E. Grever, A Health Screening Project for Children in Preschool Programs, dans Pediatric Nursing, vol. 2, n° 5, septembre-octobre 1976, p. 16-18; O.E. Grivu, E. Mecher, E. Ardelean, et al., Possibilities of Dental Prophylaxis in Day Nurseries, dans Review of Pediatrics, Obstetric and Gynecology (Pediatry), vol. 25, n° 3, juillet-septembre 1976, p. 249-251; Jean A. Lakin, Sandra Anselmo et Hope C. Solomons, Development of a Minor Illness Inventory for Children in Day Care Centers, dans American Journal of Public Health, vol. 66, n° 5, mai 1976, p. 487-488; Monique Pomerleau, Etude des effets d'un programme de prévention sur la santé des enfants dans une garderie privée, Mémoire de maîtrise en Nursing présenté à l'Université de Montréal, août 1966.

¹¹Comité de la petite enfance, Proposition pour une politique de services à la petite enfance, Montréal, Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain (CSSSRMM), 1976, p. 13-14.

sur des services de dépistage et d'intervention professionnelle. Les expériences rapportées par Cvejic¹² et Smith¹³ prouvent qu'une telle approche est réalisable.

3. Quel modèle d'intervention souhaitez-vous ou
 ➔ privilégiez-vous?

a) Les parents et les moniteurs des garderies consultés nous signifient clairement que l'intervention des professionnels de la santé doit tenir compte de leur fonctionnement et de leurs valeurs en matière d'éducation de la santé. Ils désirent une relation de collaboration et non une relation autoritaire et professionnaliste. Dans le livre "Nos enfants, nous-mêmes",¹⁴ écrit par un collectif de mères, le même type d'approche est préconisé. Ces femmes revendiquent des relations non professionnelles et l'accès à la science de la

¹²Helen Cvejic, Vera Pederzoli et Anne Smith, The Evolution of a Team Approach to a Kindergarten Screening Program, dans Canadian Journal of Public Health, vol. 68, mars-avril 1977, p. 165-168.

¹³Anne B. Smith et Pénélope Newcombe, Collaboration on Behavior Modification in a Day Care Center, dans Child Welfare, vol. LV, n° 5, mai 1976, p. 357-364.

¹⁴Le Collectif de Boston pour la santé des femmes, traduit de l'américain par un collectif français de traductrices, Nos enfants, nous-mêmes, Paris, Albin Michel, 1978, p. 230-231.

santé: elles demandent aux professionnels de la santé de partager leur savoir avec les parents.

b) Les membres des équipes du DSC et du CLSC considèrent comme prioritaire que l'approche reconnaisse les capacités et les caractéristiques socio-culturelles de la population. Pour leur part, les conseillers en recherche et en bio-statistique suggèrent d'évaluer les besoins de santé par le biais d'un échantillon représentatif de la population et en utilisant un questionnaire fait en collaboration avec la clientèle. Enfin l'épidémiologiste-conseil de la DSC recommande d'associer les étapes d'évaluation des besoins et de mise sur pied de services correspondants (cela encourage une relation de confiance avec la population évitant de la considérer uniquement comme informatrice). L'hétérogénéité des milieux faisant obstacle à la construction d'un échantillon, il suggère de choisir cinq ou six des trente services de garde en tenant compte de la situation géographique et des caractéristiques des divers organismes qui constituent la population.

c) Des auteurs en santé communautaire, nous relevons les suggestions suivantes: O'Neill nous recommande: de

prendre en considération les perceptions que se fait la population de ses besoins de santé;¹⁵ de favoriser la participation active de la population tout en étant vigilants pour ne pas utiliser la participation comme un moyen déguisé pour vendre à la population des activités toutes conçues d'avance;¹⁶ de prendre le temps de comprendre et de respecter les sous-cultures présentes avant d'intervenir et de choisir un mode d'intervention approprié aux caractéristiques de la population avec laquelle nous désirons travailler.¹⁷ Dans son ouvrage "Community, Culture and Care",¹⁸ que O'Neill présente comme outil de compréhension de la communauté avec laquelle nous travaillons,¹⁹ Ann Templeton Brownlee nous incite à impliquer

¹⁵Michel O'Neill, Vers une problématique de l'éducation sanitaire au Québec, thèse de maîtrise en sociologie présentée à l'Université Laval, 1977, publiée par la Librairie de l'Université de Montréal, 1979-1980.

¹⁶Ibid., p. 98; Michel O'Neill, La modification de comportements reliés à la santé: revue de littérature théorique et suggestions pour l'organisation de programmes de santé communautaire, dans L'Union médicale du Canada, vol. 109, n° 6, 1980, p. 927.

¹⁷O'Neill, Vers une problématique de l'éducation, p.99.

¹⁸Ann Templeton Brownlee, Community, Culture and Care, Saint-Louis, The C.V. Mosby Company, 1978.

¹⁹O'Neill, Santé communautaire et communauté, p. 27.

les praticiens dans les recherches²⁰ que nous réalisons: les recherches ont ainsi plus de chances d'être significatives et d'être utilisées. Elle considère que la population doit aussi participer à toutes les étapes de l'intervention: cela assure l'identification de leurs besoins prioritaires et permet de trouver des solutions qui leur conviennent.²¹ Dans le même ordre d'idées, Leseman propose l'action communautaire comme stratégie d'intervention en santé communautaire.²² Partant du fait qu'un rapport de pouvoir s'établit habituellement entre les intervenants et la population, il nous fait prendre conscience que s'engager dans une intervention en niant ce rapport de pouvoir risque d'augmenter le rapport de domination et de vouer l'intervention à l'inefficacité. L'auteur présente l'action communautaire comme moyen de modifier les rapports de pouvoir entre les intervenants et la population. Plutôt que de traiter la population comme objet de l'intervention l'auteur incite les praticiens à "... constituer la population comme partenaire actif de la stratégie de

²⁰Templeton Brownlee, Community, Culture and Care, p.4.

²¹Ibid., p. 5.

²²Frédéric Leseman, Stratégies d'interventions auprès des individus et des collectivités: l'action communautaire, dans Les Cahiers de santé communautaire, Association pour la Santé publique du Québec (éd.), cahier 2, Québec, juin 1979, p.44-49.

changement".²³ Enfin, du côté des écrits en éducation des adultes, Jean-Louis Bernard,²⁴ dans un ouvrage synthèse, présente un modèle andragogique. Ce modèle implique quatre composantes: l'apprenant, l'éducateur, le groupe et l'environnement. 1) L'apprenant est la principale ressource de la situation d'apprentissage; il doit donc être invité à participer activement à toutes les étapes du processus. 2) L'éducateur est un facilitateur, une personne ressource qui vit elle aussi un processus d'apprentissage. 3) Le groupe formé par les apprenants et l'éducateur intervient dans la dynamique d'apprentissage. Au niveau du processus comme au niveau du contenu, chaque participant peut devenir une ressource pour ses pairs et pour l'éducateur. 4) Enfin l'environnement, constitué tant par l'activité éducative que par les institutions, formule à divers niveaux des attentes envers les adultes. Lorsqu'une institution formule de nouvelles attentes envers les membres de son équipe, elle doit leur offrir la possibilité de faire les apprentissages requis. Les

²³Ibid., p. 44.

²⁴Jean-Louis Bernard, L'apprenant adulte, Cahier d'andragogie, La Librairie de l'Université de Montréal, Montréal, 1980-1981, p. 59-69.

activités éducatives doivent donc être cohérentes avec la tâche à accomplir et mettre à profit la dynamique apprenants-éducateur-groupe.

Voici ce que nous retenons de la consultation des différentes ressources: 1) il y a des besoins de service de santé communautaire dans les garderies et les pré-maternelles, 2) l'intervention indirecte des professionnels(les) est souhaitable: on peut rejoindre les enfants en intervenant auprès des parents et des moniteurs, 3) le modèle d'intervention pourrait avoir les caractéristiques suivantes:

- a) associer les étapes d'évaluation des besoins et d'offre de services correspondant aux besoins prioritaires,
- b) impliquer activement les intervenants dans l'opérationnalisation de l'intervention,
- c) tenir compte des besoins de formation des intervenants(tes) et leur offrir la possibilité de se regrouper pour faire les apprentissages relatifs à la tâche qu'on leur confie,
- d) tenir compte des caractéristiques de chaque service de garde,
- e) établir une relation de collaboration avec chacun des services de garde, et ce, à toutes les étapes de l'intervention.

4. Suggestion d'un mode d'intervention (mai 1980)

En collaboration avec toutes les ressources consultées et avec le support de l'épidémiologiste-conseil, nous suggérons le mode d'intervention suivant à la direction de la DSC:

- 1. Former une équipe de travail avec des praticiennes (infirmières de la DSC et du CLSC) volontaires.
- 2. S'associer à cinq ou six garderies consentantes tout en tenant compte, dans la mesure du possible, de la situation géographique et des caractéristiques de l'organisme (taille de la garderie, âge des enfants accueillis, culture des usagers, nombre de familles bénéficiant du Projet d'Aide Financière aux familles).
- 3. Avec chaque organisme, évaluer les besoins relatifs à la santé des enfants, organiser les services correspondant aux besoins prioritaires et faire l'évaluation de l'intervention.
- 4. Utiliser le modèle d'action communautaire comme stratégie d'intervention.
- 5. Fonctionner selon un modèle de recherche action.

5. Deuxième mandat du projet garderies (juin 1980)

Le mode d'intervention suggéré est accepté. Le deuxième mandat consiste à évaluer le rôle de l'équipe de santé communautaire auprès des milieux de garde à l'enfance en réalisant un projet exploratoire. Pour y arriver, nous formons un groupe de travail avec quatre infirmières de la DSC (deux infirmières

travaillant dans chacun des deux modules de la DSC) et une infirmière du CLSC. Le CLSC s'associe à la DSC pour réaliser le projet exploratoire. Le groupe a pour tâche de réaliser la recherche action en investissant une journée par semaine, du début du mois de septembre 1980 jusqu'à la fin du mois de juin 1981.

A l'occasion d'une réunion des équipes de santé maternelle et infantile, le projet exploratoire est exposé et proposé aux infirmières. Sept infirmières se portent volontaires; la sélection des participantes est déterminée par les contraintes administratives présentes.

6. Réalisation du deuxième mandat (sept. 1980 - jan. 1982)

En septembre 1980, nous formons le groupe de travail. Il est composé de cinq infirmières praticiennes, de la responsable du projet et de trois personnes ressources. Ces dernières se joignent graduellement au groupe, soit au début du mois de septembre, la responsable du programme de santé maternelle et infantile de la DSC; au début d'octobre, le conseiller en organisation communautaire de la DSC; au début du mois de décembre, une des conseillères en recherche de la DSC.

Le groupe de travail convient de s'appeler le "Collectif garderies". Le Collectif réalise la recherche action du mois de septembre 1980 à la fin du mois de janvier 1982, soit:

- | | | |
|-----------------------------|---|--|
| sept. 1980 - fin déc. 1980 | : | préparation de l'intervention |
| janv. 1981 - juin 1981 | : | intervention auprès des milieux de garde |
| juin 1981 | : | évaluation du projet exploratoire |
| sept. 1981 - fin janv. 1982 | : | synthèse et conclusion de l'expérience. |

CHAPITRE II

PROJET DE RECHERCHE

L'exploration d'un mode d'intervention auprès des milieux de garde a engagé une confrontation entre certains aspects de la théorie et de la pratique dans le domaine de la santé communautaire. La problématique qui s'en dégage conduit à proposer des moyens concrets pour réaliser une cohésion entre la théorie et la pratique. Les moyens utilisés font l'objet de cette recherche; les résultats attendus par l'utilisation de ces moyens constituent les objectifs de cette recherche. La façon de réaliser cette recherche est décrite dans le type de recherche et dans la méthodologie.

1. Problématique

Le rôle des équipes de santé communautaire est de promouvoir la santé d'une population donnée. Ce rôle représente un défi de taille, entre autres, au niveau de l'objet et des moyens utilisés. Ainsi: la santé, objet des interventions, n'est plus considérée uniquement comme une absence de maladie, mais aussi comme un fonctionnement global harmonieux;

l'éducation sanitaire, un des moyens utilisés pour promouvoir la santé ne peut plus se limiter à informer la population en matière de santé. Dans le domaine de la santé communautaire comme dans celui de l'éducation, des principes et des modes d'intervention sont mis de l'avant par les penseurs et les leaders. Or ces principes, ces modes d'action ne sont pas nécessairement appliqués dans la pratique. Une comparaison entre la pratique et la théorie s'impose donc. La pratique fait ici référence à l'action, aux situations vécues, à ce qui est fait. La théorie nous renvoie aux idées, aux valeurs, à ce qui devrait être fait.

Cette comparaison fait ressortir qu'il existe un écart, voire même des contradictions entre la pratique et les idées qui sont véhiculées dans le domaine de la santé communautaire et de l'éducation.

Sans faire une étude exhaustive de la question, nous orientons l'analyse vers quatre aspects de la pratique en santé communautaire: l'attitude des professionnels de la santé; les méthodes d'éducation sanitaires; le contenu des interventions et la cible des interventions.

a) Attitude des professionnels de la santé. - Dans les rapports qu'ils entretiennent avec la population, les professionnels de la santé communautaire adoptent souvent une attitude dite professionnaliste. Concrètement ils interviennent "sur" la population et non "avec" la population.¹ Reconnus comme les experts de la santé et de la prévention, ils préparent et appliquent des programmes de santé; c'est à partir d'une analyse des besoins et des problèmes de santé qu'ils mettent sur pied des services devant lesquels la population est, la plupart du temps, réduite à un rôle de consommatrice.

Bien que nous ne désirions pas en faire le propos du présent exposé, rappelons que cette forme de relation avec la clientèle n'est pas étrangère au fait que le modèle médical a imprégné les divers secteurs des services reliés à la santé. Or, cette profession a évolué en investissant ses membres d'un "pouvoir qu'ils exercent (...) dans et par leur savoir-faire".² L'influence du modèle médical sur l'ensemble des professionnels

¹O'Neill, Santé communautaire et communauté, p. 23.

²Robert Nadeau, Michel Foucault ou le dévoilement impitoyable, dans Critère, La santé (n° 1), livraison de juin 1976, n° 13, p. 194.

de la santé les conduit--bien que ce soit à leur insu--à établir eux aussi une relation de pouvoir avec la clientèle. La pratique en santé communautaire n'échappe pas à cette influence.

Pourtant à l'instar de Michel O'Neill et de ses pairs, les professionnels de la santé communautaire reconnaissent qu'une conception sociale de la santé doit s'allier à la conception épidémiologique pour faire face aux problèmes de santé actuels.³ Dans la conception sociale de la santé, la population est la cible mais aussi une ressource pour la démarche de la promotion de sa santé. En qualité de ressource, la population a un rôle actif à jouer tant au niveau de la définition des problèmes de santé que dans le choix, l'utilisation et l'évaluation des moyens utilisés. Pour ce faire, les professionnels de la santé doivent établir une relation de collaboration avec la population et non une relation de type professionnaliste. C'est d'ailleurs cette même attitude que Jean Rochon⁴ considère comme préalable à la pratique de la santé communautaire.

³O'Neill, Santé communautaire et communauté, p. 20.

⁴Rochon, La santé communautaire dans le système régional des services de santé, p. 474.

b) Méthodes d'éducation sanitaire.- L'éducation sanitaire--"processus qui vise à informer, motiver et aider la population à adopter et maintenir de saines habitudes de vie, à promouvoir les modifications à l'environnement facilitant ainsi l'acquisition de ces habitudes (...)"⁵--constitue en santé communautaire la majeure partie des activités relatives aux services offerts à la population. La méthode d'éducation la plus utilisée est la transmission d'information sur la santé. Le postulat implicite à cette pratique suppose ceci: la population est constituée de personnes rationnelles: en leur transmettant, de la bonne façon (communication persuasive assistée de techniques audio-visuelles), des informations pertinentes, les personnes touchées vont savoir et comprendre ce qu'il faut faire ou ne pas faire pour être en santé; cela va les motiver au point qu'elles adopteront des habitudes de vie saine ou délaisseront celles qui sont nocives pour la santé. Les experts en éducation sanitaire sont unanimes à reconnaître l'inexactitude de ce raisonnement. Comme l'a

⁵ Ann Somers, éditeur, Health Promotion and Consumer Health Education, New York, Prodist, 1976, p. 3, cité par O'Neill, La modification de comportements reliés à la santé, p. 733.

démontré O'Neill en 1976,⁶ ce modèle, qu'il qualifie de rationaliste, ne garantit pas une acquisition significative de connaissances et encore moins une modification des comportements relatifs à la santé. Malgré la crédibilité accordée à O'Neill et à ses pairs, cette approche pédagogique de type rationaliste est encore largement utilisée.

Dans les modèles andragogiques, la conception de l'apprentissage et des méthodes pédagogiques est fort différente du modèle rationaliste. L'apprentissage y est défini comme un processus de coopération et de collaboration; l'apprenant y est reconnu la plus importante ressource de l'apprentissage.⁷

De plus, pour Colette Dufresne-Tassé, "l'apprentissage est l'acquisition d'un pouvoir nouveau"⁸ --au sens d'une possibilité d'action. Elle démontre que plusieurs facteurs influencent l'acquisition et, s'il y a lieu, l'utilisation de ce pouvoir. Des principes qu'elle énonce pour favoriser

⁶O'Neill, Vers une problématique de l'éducation, p.98.

⁷Bernard, L'apprenant adulte, p. 79-92.

⁸Colette Dufresne-Tassé, L'apprentissage adulte, essai de définition, Montréal, Paris, Editions Etudes Vivantes, 1981, p. 10.

l'obtention du pouvoir, retenons:

- 1. qu'il est essentiel que l'apprenant participe activement,⁹
- 2. que les nouvelles acquisitions doivent s'ancrer sur les anciennes,¹⁰
- ↗ 3. que les activités pédagogiques doivent offrir la possibilité d'acquérir conjointement des connaissances et des habiletés.¹¹

L'acquisition d'un pouvoir ne conduit pas toujours à son utilisation. A ce chapitre, l'auteur enseigne¹² que l'utilisation du pouvoir sera plus probable s'il est possible pour l'apprenant d'utiliser ses connaissances et ses habiletés dans un délai relativement court. L'objet d'apprentissage doit donc se rattacher aux situations concrètes que vit l'apprenant et son environnement doit être propice à l'utilisation de ce nouveau pouvoir.

La participation active de l'apprenant et la création d'un lien intime entre l'objet d'apprentissage, l'environnement

⁹Ibid., p. 11.

¹⁰Colette Dufresne-Tassé, Les tours de main de l'enseignement aux adultes, Montréal, Paris, Editions Etudes Vivantes, 1981, p. 16.

¹¹Dufresne-Tassé, L'apprentissage adulte, p. 21-23.

¹²Ibid., p. 17-20.

et la culture font aussi partie de l'essence de la méthode pédagogique mise de l'avant par Paulo Freire. Pour lui, la condition de l'Homme consiste à créer l'histoire, à s'y intégrer et non seulement à s'y adapter, c'est-à-dire à y être consommateur.¹³ L'Homme participe activement à l'histoire en transformant la réalité; cela suppose une prise de conscience de la réalité et une capacité de la transformer. Freire enseigne que le rôle de l'éducation est d'aider l'Homme dans cette démarche. Pour y arriver, il préconise l'emploi de méthodes pédagogiques actives et la poursuite d'objectifs de conscientisation.¹⁴ Par méthodes pédagogiques actives, il entend celles où éducateurs et apprenants sont à la fois aidants et aidés. De plus, ces méthodes supposent qu'il s'établisse un dialogue entre éducateurs et apprenants. Le dialogue est le fruit d'une relation de sympathie, de solidarité et d'échange. Il qualifie ce type de relations d'horizontales par opposition aux relations verticales qui conduisent à l'anti-dialogue; inévitablement l'anti-dialogue engendre la passivité et l'aliénation.¹⁵ La poursuite d'objectifs de conscientisation

¹³ Paulo Freire, traduit du brésilien, L'éducation pratique de la liberté, Paris, Les Editions du Cerf, 1971, p.108.

¹⁴ Ibid., p. 111.

¹⁵ Ibid., p. 105-113.

signifie que l'éducation doit viser le "dévoilement de la réalité" pour que l'Homme puisse transformer ce qu'il juge inacceptable. Cette démystification permettra à l'Homme d'agir sur sa vie, sur les conditions de production de ses problèmes ou de ses insatisfactions. La connaissance critique et la formation du jugement conduisent à la conscientisation ou conscience critique; elle suppose:¹⁶

1. la perception des phénomènes et des problèmes,
2. la perception de leur lien logique,
3. la perception de leurs causes.

L'utilisation du modèle rationaliste est loin de favoriser chez l'apprenant l'obtention et l'utilisation d'un pouvoir; de plus, ce type d'approche pédagogique risque d'aider les gens à subir la réalité plutôt que de l'aider à la transformer...

c) Le contenu des interventions.- La santé communautaire a pour mission de promouvoir la santé de la population. La santé est un état dynamique et relatif de bien-être physique, mental et social. Cette définition est inspirée de celle de l'OMS, laquelle a rallié tous les professionnels de la santé

¹⁶Ibid., p. 109.

depuis vingt ans. Or, le contenu des interventions des équipes de santé communautaire est souvent en contradiction avec cette conception globale de la santé. D'une part, l'accent est mis sur la santé physique et d'autre part, les interventions tendent à diviser les composantes physiques, mentales et sociales du bien-être des individus et des groupes.

Un inventaire rapide du contenu des principaux programmes en santé communautaire révèle que la santé physique est presque toujours le principal objet des activités offertes à la population. Ainsi l'hygiène personnelle, l'alimentation, la sécurité, les activités et le repos, la croissance et le développement physique sont parmi les thèmes vedettes. L'aspect mental de la santé occupe encore une place secondaire; cela, malgré le fait qu'on semble y accorder de plus en plus d'importance (par exemple la dynamique des relations interpersonnelles et l'exploration du vécu d'une situation se taillent une place parmi les soins et les exercices physiques). Enfin, la dimension sociale de la santé est le parent pauvre des interventions en santé communautaire. L'information sur les ressources communautaires et la consommation sont parmi les rares thèmes qui y sont abordés.

Les aspects physique, mental et social sont habituellement abordés et traités comme des entités séparées et indépendantes. Il y a une ressource, une équipe spécialisée ou une activité pour chaque aspect. On reconnaît pourtant que la composante mentale de la santé s'allie à la composante physique: tous les jours on parle de "psycho-somatique" ou de l'influence du stress sur le fonctionnement du corps. On sait que l'aspect social, économique et culturel joue un rôle déterminant sur la santé: la culture influence les habitudes de vie; le milieu social est en rapport direct avec le risque de contracter ou non certaines maladies. Le pas entre la théorie et la pratique semble difficile à franchir. La santé physique est la spécialité des équipes de santé; la santé mentale, celle des équipes de psychiatrie et de psychologie ou de groupes extérieurs au réseau du MAS (exemple: écoles de Yoga); enfin, la santé sociale est laissée aux services sociaux. Les structures du MAS et le corporatisme expliquent le fait que la majorité des planificateurs et des intervenants en santé communautaire ont reçu une formation qui leur confère une expertise en santé physique (exemple: hygiénistes dentaires, infirmières, médecins, nutritionnistes). De plus, la santé publique, qui est en quelque sorte la mère de

la santé communautaire, était aussi axée sur la santé physique. Une tradition est installée. Les équipes de santé communautaire présentent donc à la population une image de ressources en santé physique. Les professionnels se cantonnent instinctivement dans ce rôle où ils se sentent compétents. Leur manque de savoir-faire en santé mentale et surtout en santé sociale les empêche souvent d'aborder la santé dans sa globalité. La population, pour sa part, s'est habituée à cette image: ses attentes et ses demandes sont donc la plupart du temps reliées à la santé physique.

d) La cible des interventions. - Les interventions en santé communautaire sont principalement centrées sur les individus--c'est-à-dire que les interventions touchent surtout les individus pris un à un et très peu leur environnement, leur communauté. L'intervention est faite comme si les individus vivaient en dehors d'un contexte ou comme s'ils avaient toujours du pouvoir sur ce contexte. Les professionnels de la santé visent des changements de comportement sans intervenir sur les forces sociales et économiques qui influencent, permettent ou empêchent ces comportements. Cela tend à remettre à chaque individu la totale responsabilité de sa santé. Comme

Marc Renaud,¹⁷ nous croyons qu'il est illusoire de penser que chaque individu a les moyens d'être totalement responsable de sa santé: ce n'est pas par choix personnel que les gens adoptent des habitudes de vie nocives pour leur santé; ce sont, au contraire, les circonstances de leur vie, leur environnement qui leur imposent ce choix. Centrer les interventions sur les facteurs environnementaux c'est faire du "victim blaming"; c'est faire porter aux gens le poids de leurs problèmes de santé sans les aider à changer les conditions qui encouragent leurs habitudes de vie nocives. Renaud propose l'action socio-politique comme moyen d'intervenir au niveau de l'environnement social et politique. Il suggère aux travailleurs de la santé communautaire de "se former à l'occasion en groupe de pression autour de problèmes qui sont les plus criants pour la santé mentale et physique de la population" et de s'engager "dans un rôle d'appui tangible aux individus et aux groupes qui travaillent déjà à changer l'environnement".¹⁸

¹⁷Marc Renaud, L'action socio-politique comme stratégie d'intervention en santé communautaire, dans Les cahiers de santé communautaire, Association pour la Santé publique du Québec (éd.), Cahier 2, Québec, juin 1979, p. 35-37.

¹⁸Ibid., p. 42.

Habituellement les équipes de santé communautaire interviennent directement de façon sporadique ou temporaire auprès des individus ou des groupes cibles; elles interviennent comme si elles étaient les seules ressources capables de répondre aux besoins. Elles partagent rarement leur savoir et leur savoir-faire avec des personnes qui sont ou bien en relation constante avec ces groupes cibles ou bien avec d'autres ressources qui pourraient mieux répondre aux besoins. Cela tend à favoriser la dépendance de la population vis-à-vis les services de santé. Cette pratique est contradictoire avec le concept d'autonomie de la population en matière de santé qui est valorisé, entre autres, par Jean Rochon.¹⁹ De plus, s'abstenir d'intervenir auprès des ressources des groupes cibles c'est ignorer ces ressources comme partie intégrante de leur environnement social.

2. Solutions proposées

a) L'action communautaire. - L'action communautaire utilisée comme stratégie d'intervention en santé communautaire,

¹⁹Rochon, La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux, p. 474.

telle que proposée par Frédéric Leseman dans les Cahiers de santé communautaire,²⁰ offre un moyen de réconcilier la théorie et la pratique. L'action communautaire vise la prise en charge communautaire des problèmes et des besoins. Selon Leseman, il est fondamental de reconnaître que les rapports sociaux sont des rapports de pouvoir.²¹ Choisir cette stratégie implique la reconnaissance des rapports de pouvoir entre les travailleurs de la santé communautaire et la population. L'attitude des professionnels de la santé est mise en cause. L'action communautaire les engage dans un rapport de collaboration avec la population puisqu'elle n'est possible que si les intervenants acceptent de "constituer la population comme partenaire actif de la stratégie de changement".²² Comme dans les modèles proposés par Colette Dufresne-Tassé (1981), Paulo Freire (1971), Michel O'Neill (1979) et Jean Rochon (1975-76), l'action communautaire est fondée sur la participation active de la population. Elle s'oppose à toute intervention où les professionnels traitent "la population

²⁰Leseman, Stratégies d'intervention auprès des individus et des collectivités, p. 44-49.

²¹Ibid., p. 44.

²²Ibid., p. 45.

comme simple objet de leur intervention, en clientèle consommatrice (...)"²³ Dans ce sens, cette stratégie s'apparente à l'intégration de l'Homme à son milieu dont parle Freire;²⁴ elle s'inscrit dans la ligne de pensée de Colette Dufresne-Tassé qui définit l'apprentissage en terme d'acquisition de pouvoir.²⁵

Leseman²⁶ décrit quatre moyens concrets pour intervenir auprès de la population.

1. Il doit s'établir un rapport dialectique entre le savoir théorique et pratique des intervenants et la connaissance vécue de la population.
2. Les intervenants doivent s'acculturer au milieu afin de saisir le point de vue de la population et les conditions de production des problèmes.
3. Les intervenants doivent établir des conditions qui permettent à la population d'exprimer ses besoins (v.g. rencontrer les gens regroupés dans leur milieu).
4. Il doit s'établir un rapport de négociation entre les compétences des professionnels et celles de la population afin que le savoir professionnel soit utilisé dans le vécu des gens et soit pour ces derniers un instrument de changement.

²³Ibid.

²⁴Freire, L'éducation: pratique de la liberté, p.110.

²⁵Dufresne-Tassé, L'apprentissage adulte, essai de définition, p. 17-20.

²⁶Leseman, Stratégies d'intervention auprès des individus et des collectivités, p. 45-49.

Comme le souligne Leseman, le regroupement des membres de la population concernée leur donne l'occasion de découvrir des solidarités. Cette solidarité augmente leur pouvoir et permet de modifier le rapport avec les intervenants. Le fait de compter sur le vécu de la population assure leur participation active; tenir compte de leur point de vue fait ressortir leurs préoccupations actuelles et favorise l'utilisation à court terme des apprentissages. En s'acculturant¹ au milieu, en saisissant les conditions de production des besoins et des problèmes relatifs à la santé, les intervenants se placent dans une perspective de santé globale où ils doivent tenir compte de l'environnement social et politique. Enfin, l'échange des compétences entre les professionnels et la population ne peut se limiter à une transmission de connaissances sur des questions de santé dont les thèmes sont choisis par les professionnels et dont le contenu ne réfère pas nécessairement aux préoccupations et à la culture de la population concernée; au contraire, elle engage les professionnels et la population à faire mutuellement des apprentissages au niveau des connaissances (savoirs factuels) et au niveau des habiletés (savoir-faire).

¹Acculturation: processus par lequel un individu ou un groupe comprend les valeurs, le langage, les conditions de vie, les conditions de travail, etc. d'un autre groupe.

L'action communautaire apparaît être une stratégie valable pour réaliser le mandat d'évaluation du rôle de l'équipe de santé communautaire auprès des milieux de garde d'un territoire donné.

b) Le groupe de travail.- Pour utiliser une nouvelle stratégie et pour intervenir dans un nouveau milieu, les intervenants ont nécessairement à faire de nouveaux apprentissages. La méthode d'apprentissage que nous avons choisie est le groupe de travail. Par groupe de travail nous entendons: un groupe composé d'un nombre restreint de personnes qui se rencontrent régulièrement durant une certaine période de temps afin d'accomplir une tâche en groupe. Ce groupe est à la fois groupe de tâche et d'apprentissage: il sert à alimenter et à critiquer les interventions.

Il se caractérise par le fait que les relations y sont égalitaires, que les participants partagent un même intérêt et que tous y sont à la fois aidants et aidés. Comme l'a décrit Gilles Ferry,²⁷ il est un groupe de réflexion et

²⁷Gilles Ferry, La pratique du travail en groupe, Paris, Dunod, 1970, p. 44.

de discussion qui offre aux participants une occasion régulière d'exprimer leur point de vue, leurs préoccupations. Selon Ferry, il crée une "situation collective propre à l'évolution des attitudes".²⁸ Les expériences rapportées par Ferry visent le renouvellement de l'action pédagogique.²⁹ Nous référant à cet auteur nous choisissons ce moyen d'apprentissage pour renouveler la pratique en santé communautaire.

Le groupe de travail nous apparaît cohérent avec la stratégie d'action communautaire. Il réunit des intervenants, des membres de la planification-recherche et une chercheuse. Le regroupement des intervenants, le fait d'associer ces différents types de travailleurs, le fait que tous soient en situation d'apprentissage favorisent la diminution des relations de pouvoir au sein de l'institution. Ce groupe de tâche offre à tous ses membres la possibilité d'être des "partenaires actifs de la stratégie de changement".

Le groupe de travail est aussi cohérent avec le modèle andragogique que nous avons décrit (cf. chapitre premier,

²⁸Ibid., p. 45.

²⁹Ibid.

p. 18). Ce groupe est à la fois lieu et source d'apprentissage. Il engage les participants dans un processus d'auto-formation dans lequel ils sont la principale ressource de l'apprentissage. Enfin il fournit aux adultes impliqués les moyens de réaliser les apprentissages relatifs à la nouvelle tâche qu'ils auront à accomplir.

3. Objet de la recherche

L'objet de cette recherche est l'utilisation de l'action communautaire comme stratégie d'intervention et du groupe de travail comme méthode d'apprentissage. Les deux aspects étant intimement liés, il apparaît impossible de les dissocier. En effet, l'utilisation d'une nouvelle stratégie suppose une formation; le groupe de travail est la méthode pédagogique choisie. Les écrits de Frédéric Leseman (1979) ainsi que l'échange réalisé avec l'auteur lors de rencontres avec le groupe servent de guide au Collectif garderies pour utiliser l'action communautaire comme stratégie d'intervention auprès des six garderies. "La pratique du travail en groupe" de Gilles Ferry (1970) est la référence choisie pour guider l'utilisation du groupe de travail comme méthode d'apprentissage.

Les questions à l'origine de cette recherche sont les suivantes:

1. L'action communautaire appliquée en santé communautaire est-elle une stratégie qui favorise une pratique cohérente avec les idées valorisées dans ce domaine?
2. Le groupe de travail utilisé comme moyen pédagogique pour réaliser cette action communautaire s'avère-t-il une méthode d'apprentissage efficace?

4. Objectifs de la recherche

Les objectifs de cette recherche sont les suivants:

1. Evaluer l'action communautaire comme moyen de réconcilier l'idéologie et la pratique en santé communautaire. La pratique se manifestera cohérente avec l'idéologie en ayant les caractéristiques suivantes: a) il existera des relations de collaboration et de solidarité entre les professionnels et la population, b) les interventions seront centrées sur les différentes dimensions de la santé, soit bio-psycho-sociales, c) des interventions seront entreprises au niveau de l'environnement social et politique, d) l'éducation sanitaire proposera conjointement des apprentissages au niveau des connaissances et des habiletés, tiendra compte des préoccupations actuelles des apprenants et de l'opportunité d'utiliser ces apprentissages dans un délai relativement court.
2. Evaluer le groupe de travail comme méthode d'apprentissage efficace pour permettre aux professionnels de la santé de se donner la formation requise à la nouvelle tâche qu'ils ont à accomplir. Le groupe de travail sera efficace si a) il est jugé par les participants, cohérent avec la stratégie nouvelle utilisée, b) il permet au groupe de clarifier et d'être outillé pour utiliser la stratégie d'action communautaire, c) il permet une réflexion critique sur la pratique, d) il facilite la tâche (le mandat), e) il permet de recevoir du support, f) il apporte de la satisfaction.

5. Méthodologie

Nos allégeances communautaires et éducatives nous ont conduite à réaliser une recherche action avec un groupe de travailleurs de la santé communautaire, le Collectif garderies. Voici les caractéristiques de ce type de recherche, la parenté de l'expérience du Collectif garderies avec la recherche action et la justification de notre choix. Suivent la description des instruments qui serviront à évaluer les objectifs de la recherche action, la présentation des étapes de la recherche et enfin l'exploration des possibilités et des limites de cette recherche.

a) Les caractéristiques de la recherche action. - Ce type de recherche est caractérisé par l'implication active de la population qui fait l'objet de la recherche. Qu'on l'appelle "action-research",³⁰ "recherche participative",³¹

³⁰ John W. Best, Research in Education, Englewood Cliffs, New-Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1977, p. 12; Robert M.W. Travers, éditeur, Second Handbook on Research on Teaching, Chicago, Rand McNally College Publishing Company, 1973, p. 14-15.

³¹ Guy Le Boterf, La recherche participative, dans Education permanente, n° 53, juin 1980, p. 21.

"recherche active"³² ou "recherche pédagogique opérationnelle",³³ cette caractéristique est constante. La recherche action est "une recherche en action avec la collaboration des agents eux-mêmes".³⁴ Comme le souligne Le Boterf,³⁵ il existe plusieurs modèles de recherche action. Nous pouvons néanmoins dégager ces caractéristiques des modèles que nous avons consultés. La recherche active:

- 1. associe les participants à la conduite de la recherche elle-même;³⁶
- 2. porte sur une situation réelle et concrète;³⁷
- 3. vise une application immédiate;³⁸
- 4. cherche à aider la population concernée à identifier ses propres problèmes, à réaliser une analyse critique et à trouver les solutions correspondantes;³⁹

³²Max Pages, La vie affective des groupes, Paris, Dunod, 1968, p. 459.

³³Gilbert De Landsheere, Introduction à la recherche pédagogique, Paris, Armand Colin-Bourrelly, 1966, p. 33.

³⁴Pages, La vie affective des groupes, p. 461.

³⁵Le Boterf, La recherche participative, p. 22.

³⁶Pages, La vie affective des groupes, p. 465.

³⁷Ibid.

³⁸Best, Research in Education, p. 12.

³⁹Le Boterf, La recherche participative, p. 22.

5. allie les fonctions de la recherche avec la formation des individus (chercheurs et population);⁴⁰
6. applique les normes d'une conduite démocratique.⁴¹

b) Parenté de l'expérience du Collectif garderies avec la recherche action.- Bien que cette recherche ait été proposée au groupe concerné et non demandée par lui, l'expérience vécue par le Collectif garderies s'apparente à la recherche action. En effet, les participants sont impliqués activement. Ils sont collaborateurs au niveau de l'opérationnalisation du projet, de la construction des outils de mesure, de l'analyse et de l'interprétation des résultats. Cette recherche action porte sur une situation concrète: le rôle de l'équipe santé, l'intervention pratique. A l'intérieur du Collectif ainsi qu'avec les milieux concernés, les gens impliqués tentent d'identifier les problèmes, de les analyser et de trouver les solutions correspondantes. Cette expérience sera une occasion pour les intervenants, la chercheuse, les consultants et la population de faire des

⁴⁰Best, Research in Education, p. 12; De Landsheere, Introduction à la recherche pédagogique, p. 33.

⁴¹Pages, La vie affective des groupes, p. 461; De Landsheere, Introduction à la recherche pédagogique, p. 33.

apprentissages, et ce, tant au niveau du processus que du contenu. Enfin, le mode de fonctionnement en collectif tente d'appliquer les normes d'une conduite démocratique au sein du groupe. Le même objectif est poursuivi dans les relations avec la population concernée.

c) Justification.- Plusieurs caractéristiques de la recherche action (v.g. caractéristiques 1, 4, 5, 6 citées p. 45-46) sont directement reliées à la stratégie d'action communautaire et au modèle andragogique. De ce fait, le choix de ce type de recherche s'inscrit dans notre démarche visant la réconciliation entre la théorie et la pratique dans le domaine de la santé communautaire.

d) Instruments de la recherche.- Pour réaliser le premier objectif de la recherche (cf. p. 43) soit: évaluer l'utilisation de la stratégie d'action communautaire comme moyen de réconcilier la théorie et la pratique en santé communautaire, nous utilisons principalement un des instruments construits par les membres du Collectif garderies, la GRILLE DES BESOINS (version finale) (cf. appendice 1, p. 144). Cet instrument a pour but de garder en mémoire et d'évaluer les pratiques relatives aux besoins de santé dans chacun des

milieux de garde. Cette grille s'est élaborée de la façon suivante: suite à des discussions de groupe sur les objectifs du Collectif, une des membres a schématisé le processus d'intervention (cf. appendice 2, p. 151) et rédigé un premier document. A partir de ce document et à l'aide du schéma le groupe a construit une première version de la grille des besoins. Cet outil s'avérant complexe et trop détaillé pour être utilisé au fur et à mesure que des besoins étaient exprimés, le groupe a convenu de le modifier. La troisième version est la version finale. Elle inclut quatorze articles:

- 1. Description du besoin
- 2. Date de la première expression du besoin
- 3. Spécification du besoin
- 4. Identification de la personne qui a exprimé le besoin
- 5. Identification de la personne qui a ressenti le besoin
- 6. Objectif global de l'action
- 7. Objectifs spécifiques de l'action
- 8. Démarches entreprises
- 9. Rôle de l'infirmière
- 10. Résultats
- 11. Evaluation des résultats
- 12. Résumé de l'évaluation
- 13. Perception des membres de la garderie
- 14. Autres besoins.

L'analyse de l'atteinte de cet objectif est faite à partir de la compilation des éléments de la grille des besoins (cf. appendice 3, p. 153). Ces données, s'il y a lieu, sont explicitées ou complétées par les membres du groupe en se référant

au souvenir de leur expérience ou aux notes relatant le contenu des réunions.

Pour réaliser le deuxième objectif de la recherche (cf. p. 43), soit: évaluer l'utilisation du groupe de travail comme moyen d'apprentissage, nous utilisons le QUESTIONNAIRE SUR LE TRAVAIL DE GROUPE (cf. appendice 4, p. 167).

Ce questionnaire est une adaptation du "Questionnaire sur le travail de groupe" de Gilles Ferry⁴² (cf. appendice 5, p. 171). Tout en conservant les éléments du questionnaire de Ferry, nous changeons quelques termes et ajoutons deux éléments:

1. identification du groupe - nous notons: "Collectif garderies",
2. point 3, avant autres bénéfices - nous ajoutons
- préparation à l'intervention auprès des garderies
- alimentation des interventions,
3. point 6, nous remplaçons le terme "professeur" par "responsable du groupe".

L'analyse de l'atteinte de cet objectif est faite à partir de la compilation des questionnaires en nous référant à l'expérience décrite par Gilles Ferry (1970). De plus, s'il y a

⁴²Ferry, La pratique du travail en groupe, p. 255, 256.

lieu, ces données sont explicitées ou complétées par les membres du groupe lors des réunions d'évaluation.

e) Etapes de la recherche..- Nous référant à la définition de Stephen M. Corey⁴³ et aux étapes de la recherche de H. Taba et E. Noel,⁴⁴ présentées par G. De Landsheere, cette recherche compte quatre étapes qui correspondent aux étapes de la recherche action: l'identification et l'analyse du problème; les hypothèses; l'expérience; l'évaluation. En pratique, les première et deuxième étapes servent à préparer l'action auprès des milieux de garde. Elles sont réalisées par les membres du Collectif garderies. Elles sont centrées sur la tâche et l'apprentissage relatif à cette tâche. Elles permettent au groupe: 1. de saisir et spécifier le problème et de se donner l'auto-formation correspondante; 2. de fixer les résultats à atteindre et de construire les instruments requis. La troisième étape est l'intervention. Elle est

⁴³Stephen M. Corey, Action Research to Improve School Practices, New York, Columbia University, 1953, cité par Best dans Research in Education, p. 12.

⁴⁴H. Taba et E. Noel, Action Research: a Case Study, Washington NEA, 1957, cité par De Landsheere dans Introduction à la recherche pédagogique, p. 21.

réalisée par six des membres du "Collectif" qui interviennent respectivement dans un des six milieux cibles en collaboration avec des parents (si possible), des monitrices, et des directrices (s'il y a lieu). A cette étape, le groupe de travail "Collectif garderies" sert de lieu d'échange pour alimenter et critiquer l'action. La quatrième étape est l'évaluation. Elle a pour objet les réalisations du Collectif garderies et les objectifs (cf. p. 43) de la recherche. Les réalisations sont analysées par les membres du Collectif garderies et par les participants (parents, monitrices, directrices) de chacune des six garderies concernées. Enfin, l'analyse de l'expérience à partir des deux objectifs de cette recherche est faite par l'auteure en collaboration avec les membres du Collectif garderies.

f) Possibilités et limites de cette recherche.- Nous croyons que le principal avantage de relater l'expérience vécue par le Collectif garderies est de fournir aux dirigeants et aux praticiens de la santé communautaire un outil de réflexion et d'action: outil de réflexion au niveau de la formation des équipes d'intervention et des relations interpersonnelles qui s'y vivent; outil d'action au niveau des stratégies d'intervention auprès de la population.

Etant donné que l'expérience du Collectif garderies est une recherche action, la validité des découvertes et des conclusions demeure locale, comme le souligne Best.⁴⁵ Par contre, les aspects positifs et négatifs de l'application de la recherche action à la santé communautaire comme stratégie d'intervention auprès des milieux peuvent contribuer à l'amélioration de la pratique de la santé et de l'éducation sanitaire. Sans offrir un modèle rigide, ce mémoire pourra servir de document de référence pour planifier des interventions futures. Les erreurs que nous avons faites, les difficultés que nous avons vécues pourront peut-être être en partie évitées par d'autres; les aspects positifs pourront servir de guide pour une prochaine expérience. La recherche action étant, selon De Landsheere, "un espoir de rénovation progressive et profonde de l'enseignement",⁴⁶ nous croyons que l'expérience du Collectif garderies participe à l'évolution de la santé communautaire et de l'éducation

⁴⁵Best, Research in Education, p. 13.

⁴⁶De Landsheere, Introduction à la recherche pédagogique, p. 34.

des adultes. En ce sens, il est important de témoigner de cette évolution.

Enfin, nous entrevoyons la possibilité que certains éléments de cette recherche action fournissent des sujets ou des hypothèses à d'autres chercheurs dans le domaine de la santé et de l'éducation des adultes.

CHAPITRE III

LE COLLECTIF GARDERIES

L'expérience du Collectif garderies inclut trois étapes: la préparation de l'intervention, l'intervention avec les milieux de garde, et l'évaluation. L'exposé suit le vécu rattaché à cette expérience; il s'appuie sur les documents privilégiés de la recherche action: le journal de bord et les comptes rendus de réunion, les instruments de collecte des données et les questionnaires d'évaluation.

1. Préparation de l'intervention (sept. 1981 - fin déc. 1981)

Dans un premier temps, nous brossons un tableau général des réunions du Collectif garderies, puis nous faisons ressortir les réalisations du groupe durant cette période.

a) Réunions du Collectif. - Du 9 septembre au 17 décembre, le Collectif se réunit dix-huit fois. Quinze des réunions se sont déroulées durant une demi-journée alors que trois d'entre elles ont duré toute la journée.

La technique utilisée est la discussion de groupe; elle conduit aux prises de décisions par consensus. Les discussions sont amorcées par: le mandat à remplir; les préoccupations des membres du groupe; un événement d'actualité relatif aux garderies (problème de logement des garderies populaires); une rencontre avec une personne ressource (F. Leseman, spécialiste en action communautaire); des écrits reliés aux services de garde à l'enfance et à la santé communautaire (cf. Liste des références du Collectif garderies, appendice 6, p. 174). Le contenu des discussions est axé sur la clarification et la réalisation de la tâche et sur l'auto-formation des membres du groupe. Les principaux sujets discutés sont:

1. le projet garderies et le mandat du Collectif garderies,
2. le rôle de chacun des membres du groupe de travail,
3. la problématique (théorie vs pratique),
4. la stratégie d'action communautaire,
5. les objectifs du Collectif garderies,
6. les instruments de la collecte des données,
7. les garderies cibles,
8. l'intervention auprès des milieux cibles,
9. le problème de logement des garderies populaires.

Notons que plusieurs de ces sujets ont été discutés à plus d'une rencontre ou de façon concomitante.

b) Réalisations du Collectif garderies

1^o Clarification du projet et du mandat. Lors des premières rencontres, nous tentons de préciser comment nous réaliserons le mandat qui nous est confié (évaluer le rôle de l'équipe de santé communautaire dans les garderies à partir d'une expérience d'action communautaire dans six garderies du territoire). Tout en explorant les diverses tâches que nous avons à accomplir, nous précisons les étapes de la recherche action dans laquelle nous nous engageons. Il en ressort:

1. que tous les membres du groupe participent à l'opérationnalisation du mandat: nous décidons de ce que nous allons faire et comment nous allons le faire,
2. que le groupe prend le temps de se donner de l'auto-formation au niveau de la méthode et du contenu de l'éducation sanitaire à réaliser avec les garderies et au niveau de la stratégie d'action communautaire à utiliser avec ces mêmes milieux,
3. que le groupe formule les objectifs du Collectif et choisit les activités qui y sont reliées,
4. que le groupe choisit les milieux de garde cibles,
5. que le groupe construit les outils de collecte des données et d'évaluation,
6. que le groupe formule les étapes à réaliser en collaboration avec les milieux de garde cibles.

Notons que la clarification du projet s'est poursuivie tout au long de la réalisation du projet. Ce n'est qu'au moment

où nous les avons accomplies ou évaluées que les diverses tâches ont pris toute leur signification.

2^o Clarification des rôles au sein du groupe. Au départ, le groupe se compose de cinq infirmières et de la responsable du projet. La responsable du programme de santé maternelle et infantile et le conseiller en organisation communautaire, tous deux membres de l'équipe de planification-recherche de la DSC, s'associent au groupe dès les premières rencontres; ils sont intéressés par le projet et les membres du groupe sollicitent leur participation. Nous sentons alors le besoin de clarifier les rôles de chacun. Il est convenu que tous les membres agissent mutuellement comme personnes ressources au sein du groupe. Plus spécifiquement, les infirmières seront les principales intervenantes auprès des garderies; les membres de l'équipe de planification-recherche de la DSC et la responsable du projet assureront le lien avec la DSC. De plus, la responsable du programme de santé maternelle et infantile apporte l'expertise dans ce domaine, le conseiller en organisation communautaire, dans le domaine des interventions socio-économico-politiques et la responsable, dans le domaine de l'andragogie. Au besoin, ces derniers, selon les demandes des intervenantes, pourront participer à

l'intervention auprès des garderies. Enfin, à la quatorzième réunion, à la suggestion de la DSC, une conseillère en recherche (aussi membre de l'équipe de planification-recherche de la DSC) rencontre le groupe en qualité de personne ressource pour l'évaluation du projet. A la suite de cette rencontre, elle est accueillie comme membre à part entière du Collectif.

C'est en faisant la démarche de clarification des rôles de chacun des membres que nous convenons de nous nommer le "Collectif garderies". Cette appellation découle du fait que nous désirons avoir des relations le plus égalitaires possible au sein du groupe.

Lorsque nous disons le plus égalitaires possible, nous ne nions pas qu'il existe des relations de pouvoir qui viennent de la position des membres les uns par rapport aux autres; ainsi, le fait qu'une des participantes du groupe soit responsable du projet, que trois soient consultants(tes) et que cinq soient des infirmières praticiennes témoigne d'une certaine hiérarchie et de certains rapports de force. Après avoir reconnu ce fait, nous nous sommes donné comme consigne de prendre toutes les décisions ensemble: les réalisations du groupe dépendent donc de la participation de

chacun des membres. Toute l'équipe participe à la création de l'action et aucun membre n'est limité à un rôle d'exécutant.

3^o Spécification du problème et objectifs du Collectif. C'est de façon concomitante que nous explorons la problématique qui nous intéresse et les objectifs du Collectif. Notre projet consiste non seulement à accomplir une nouvelle tâche mais aussi à l'accomplir d'une nouvelle façon, c'est-à-dire en tentant d'être cohérents avec les idées qui sont valorisées dans le domaine de la santé communautaire et de l'éducation. Le tableau I rapporte les objectifs généraux et spécifiques tels que nous les concevons à l'automne 1980. Il représente les résultats que nous voulions atteindre, leur signification et les activités projetées. Lors d'une rencontre avec le Collectif, F. Leseman nous incite à viser la création de liens avec les gens des garderies et à laisser tomber une approche trop formelle (exemple: objectifs spécifiques, questionnaires). Suite à cette suggestion, nous considérons les objectifs spécifiques décrits et les activités projetées comme un outil d'orientation et non comme un guide rigide. La partie "signification" reflète notre prise de position face à la problématique.

TABLEAU I

BUT ET OBJECTIFS DU COLLECTIF GARDERIES

BUT: explorer le rôle de l'équipe santé dans les garderies à partir d'une expérience d'action communautaire dans six garderies du territoire

Objectifs généraux	Signification	Objectifs spécifiques	Activités
1.0 Identifier avec le personnel et les usagers des garderies les besoins de santé des enfants	<p><u>identifier</u></p> <p>-énoncer, exprimer, faire ressortir, savoir, connaître</p> <p><u>avec</u></p> <p>-en parité, en collaboration dans un rapport d'égalité, ce que perçoit l'équipe santé (savoir théorique et pratique), ce que perçoit la clientèle (connaissances vécues)</p> <p>-sans manipulation (jouer cartes ouvertes) (identification vs empathie)</p> <p><u>besoins</u></p> <p>-ce qui, directement ou indirectement est utile, nécessaire ou manque pour atteindre un état de bien-être optimal; ce qui est un problème</p> <p><u>santé</u></p> <p>-état dynamique de bien-être physique, mental et social influencé par</p> <p style="padding-left: 40px;">biologie</p> <p>hab. de vie environnement</p> <p style="padding-left: 40px;">organisation</p> <p style="padding-left: 40px;">des services de santé</p>	<p>1.1 Un membre du Collectif garderies sera capable de décrire les conditions de vie et de travail dans chaque garderie</p> <p>1.2 Des représentants du personnel, des usagers et du Collectif garderies participeront au groupe de travail</p> <p>1.3 Au moins un membre du groupe de travail reformulera dans ses mots le rôle du représentant du Collectif garderies</p> <p>1.4 Le groupe fera un consensus sur la définition du concept "besoin de santé"</p> <p>1.5 Chaque participant exprimera verbalement sa perception d'au moins un besoin de santé</p> <p>1.6 Le groupe fera un consensus sur au moins un besoin relatif à chacun des trois aspects de la santé</p> <p>1.7 Pour chaque problème de santé exprimé, le groupe nommera au moins une cause ou facteur environnemental relié à ce problème</p> <p>1.8 Dans chaque garderie, au moins 50% des parents et moniteurs exprimeront leur opinion sur 1.5, 1.6 et 1.7</p>	<p>- rencontres</p> <p>- participation aux activités de la garderie</p> <p>- sollicitation</p> <p>- échanges</p> <p>- discussions, échanges</p> <p>- question nominale</p> <p>- remue-ménages</p> <p>- échanges libres</p> <p>- question nominale: choix des priorités</p> <p>- échanges</p> <p>- discussions, échanges</p> <p>- mini-questionnaire</p>

TABLEAU I [suite]

BUT ET OBJECTIFS DU COLLECTIF GARDERIES

Objectifs généraux	Signification	Objectifs spécifiques	Activités
2.0 Avec les usagers répondre aux besoins de santé identifiés	<p><u>avec les usagers</u></p> <p>-<u>ressources</u>: personnel et usagers de la garderie, Collectif garderies, DSC, CLSC, autres ressources communautaires .</p> <p>-<u>intervenant indirect</u>: équipe santé</p> <p>-<u>intervenant direct</u>: personnel et usagers de la garderie</p> <p><u>besoins</u></p> <p>-toute demande concernant les besoins: à court terme à long terme individuels collectifs</p> <p><u>besoins prioritaires</u></p> <p>-urgences et besoins identifiés comme tels en 1.6 et 1.8</p>	<p>En commençant par les besoins prioritaires, le groupe ou les personnes concernées:</p> <p>2.1 Formulera au moins un objectif pour chaque besoin exprimé</p> <p>2.2 Analysera (nommer et critiquer) au moins un moyen ou une solution que connaissent et, s'il y a lieu, utilisent déjà le personnel ou les usagers de la garderie</p> <p>2.3 Analysera au moins un moyen ou une solution que connaît l'équipe de santé</p> <p>2.4 Utilisera les moyens ou solutions retenus</p>	- discussions, échanges

TABLEAU I [suite]

BUT ET OBJECTIFS DU COLLECTIF GARDERIES

Objectifs généraux	Signification	Objectifs spécifiques	Activités
3.0 Evaluer à court et à long terme l'intervention auprès des garderies	<p><u>évaluer</u></p> <p>- <u>l'efficacité</u>: atteinte des objectifs, lesquels?, par qui?, impact santé, rapport intervenants vs population</p> <p>- <u>le rendement</u>: temps, ressources humaines, ressources matérielles</p> <p>- <u>le vécu</u>: attitudes (théories d'allégeance vs opérationnalisation) action communautaire; modes d'apprentissage santé (théories d'allégeance vs opérationnalisation éducation et santé); résistances et plaisirs: satisfactions et insatisfactions</p>	<p>Pour chaque intervention, en collaboration avec les usagers et le personnel de chaque garderie et les membres du Collectif, l'intervenant:</p> <p><u>à court terme</u></p> <p>3.1 Notera et analysera les données relatives aux objectifs visée, au rendement, au vécu</p> <p><u>à long terme</u></p> <p>3.2 Notera et analysera les données relatives à l'impact santé, au rapport intervenants vs population, à l'efficacité</p>	<p>- échanges libres</p> <p>- discussions</p> <p>- utilisation de la grille d'analyse X</p> <p>- réunions du Collectif</p> <p>- échanges libres</p> <p>- discussions</p> <p>- utilisation des grilles d'analyse Y et Z</p> <p>- réunions du Collectif</p> <p>- consultation de personnes ressources</p> <p>- regroupement ad hoc d'un représentant de chaque garderie et du Collectif garderies</p>

Ainsi: 1- Nous convenons d'établir un rapport de collaboration avec la population par opposition à une relation de type professionnaliste. Nous nous mettons d'accord pour orienter notre intervention à partir des perceptions et des préoccupations des gens concernés plutôt que de leur offrir des services pensés par nous avant d'aller les rencontrer. Nous inspirant des caractéristiques des groupes d'auto-santé,¹ nous nous proposons de développer de la solidarité avec les parents et les travailleurs en nous "permettant" de nous identifier à ce qu'ils vivent plutôt que de nous confiner à une relation objective; de prendre le temps d'explorer avec eux leur perception des causes des problèmes, les solutions qu'ils connaissent et les résultats qu'ils désirent atteindre; enfin, de les aider à s'utiliser comme personnes ressources au même titre que nous. 2- Au niveau des besoins de santé, nous nous proposons de ne pas limiter les interventions aux besoins de santé physique. L'aspect mental et social devra aussi faire l'objet des interventions. Nous

¹Frank Reissman, How Does Self-Help Work?, dans Social Policy, vol. 7, n^o 2, livraison de septembre-octobre 1976, p. 45.

référant aux écrits de Michel O'Neill² et de Marc Renaud,³ nous planifions d'intervenir conjointement au niveau de l'environnement et des individus. Dans cette optique, le groupe privilégie l'intervention auprès des parents et des moniteurs et convient de favoriser l'utilisation des ressources communautaires. 3- Concernant les méthodes d'éducation sanitaire, nous rejetons d'emblée le modèle rationaliste (cf. chapitre premier, p. 27) et nous nous mettons d'accord pour ne pas nous engager dans des activités de transmission d'information. Au contraire, nous visons à favoriser des apprentissages au niveau du savoir (connaissances), du savoir-faire (habiletés) et du savoir être (attitudes). Nous nous entendons pour ne pas nous limiter aux composantes rationnelles des besoins ou problèmes de santé, des activités d'éducation sanitaire et des relations interpersonnelles; nous désirons tenir compte aussi des composantes émotives: intérêts, plaisirs ou résistance.

²O'Neill, La modification de comportements reliés à la santé, p. 922-927.

³Renaud, L'action socio-politique comme stratégie d'intervention en santé communautaire, p. 36.

Au fur et à mesure de l'intervention, nous décidons de critiquer notre pratique en confrontant nos actions à ces positions, que nous nommons nos "théories d'allégeance".

4^o Choix des milieux cibles. Notre mandat nous engage à proposer le projet à cinq ou six services de garde à l'enfance qui, sans constituer un échantillon scientifique, doivent assurer une certaine représentativité de l'ensemble des services opérant sur le territoire géographique de la DSC. De plus, le choix doit tenir compte des territoires d'affectation des intervenantes (les deux modules de service et le CLSC) et, dans la mesure du possible, de leurs affinités avec les services de garde.

L'agent d'information de la DSC a identifié trente (30) services cibles: quatre (4) pré-maternelles et vingt-six (26) garderies. Leur capacité d'accueil d'enfants varie de dix (10) à cent soixante-quinze (175) enfants. Pour compléter ces données nous avons communiqué avec les divers services (au cours du printemps 1980), afin de connaître: l'âge d'accueil des enfants; leur lieu de résidence; la langue parlée à la garderie; l'origine culturelle des enfants et le nombre de familles qui bénéficient de l'aide

financière gouvernementale (PAFF). Vingt-huit des services ont accepté de nous communiquer ces renseignements et deux ont refusé. Nous avons rassemblé les différentes données dans un tableau synthèse.

En groupe nous analysons le tableau synthèse et choisissons six services. Voici leurs caractéristiques:

1. Ils représentent la population des cinq territoires de CLSC situés sur le territoire géographique de la DSC. Ils opèrent sur un de ces territoires ou desservent sa population sans y être situés;
2. ils regroupent trois des principaux types d'organismes: trois sont des garderies sans but lucratif (sbl), deux sont des garderies sans but lucratif et populaires (pop.) et une est une pré-maternelle (sbl). Les garderies et les pré-maternelles à but lucratif ne sont pas représentées;
3. quatre des services sont francophones et multiculturels, un est bilingue et de culture juive, l'autre est anglophone et de culture juive;
4. ces services accueillent de 25 à 115 enfants, l'âge d'accueil varie entre trois mois et trois ans, les enfants peuvent y recevoir des services jusqu'à cinq ou six ans selon les milieux;
5. le nombre de parents recevant de l'aide financière (PAFF) représente de 0 à 60% des familles, selon les milieux.

Notons qu'afin d'obtenir une certaine représentativité, nous devons choisir six services cibles. Or cinq intervenantes seulement font partie du Collectif. Nous

convenons donc que la responsable du projet (qui est infirmière) soit l'intervenante d'un de ces milieux. Cette décision tout en assurant une meilleure représentativité, nous permet, comme chercheuse, d'expérimenter une autre facette du projet et de saisir une occasion de développer de la solidarité avec les intervenantes. Cela nous semble cohérent avec le type de recherche (recherche action) que nous poursuivons avec le groupe.

5^o Opérationnalisation de l'intervention. Pour établir le plan d'intervention auprès des milieux cibles, nous tenons compte des quatre conditions d'une action communautaire présentées par Frédéric Leseman⁴ et des objectifs généraux du Collectif garderies.

Pour réaliser une action communautaire:

1. Les intervenants doivent s'acculturer aux milieux de garde,
2. les intervenants doivent rencontrer les gens des services de garde regroupés dans leur milieu,
3. les gens du milieu et les intervenants doivent confronter leur point de vue sur les besoins de santé des enfants et les moyens à prendre pour y répondre (rapport dialectique),

⁴Leseman, Stratégies d'interventions auprès des individus et des collectivités, p. 45-48.

4. le savoir des intervenants doit être utilisé en s'ancrant dans le vécu de la population concernée.

Pour réaliser les objectifs du Collectif garderies:

1. Les gens des garderies en collaboration avec l'intervenant doivent identifier les besoins de santé des enfants et spécifier les besoins prioritaires,
2. le groupe concerné doit trouver et appliquer des réponses aux besoins prioritaires,
3. le groupe concerné doit évaluer l'intervention.

Tenant compte des conditions d'une action communautaire et des tâches reliées à la réalisation des objectifs, nous fixons les étapes à réaliser.

Première étape: Proposer le projet aux milieux cibles. Après plusieurs hésitations nous convenons qu'une lettre d'introduction sera envoyée à chacun des services concernés; que chaque intervenante prendra rendez-vous par téléphone; que chaque intervenante rencontrera un ou plusieurs représentants du milieu pour proposer le projet exploratoire (objectifs du projet et principes d'action communautaire), clarifier les attentes mutuelles et préciser la disponibilité de l'équipe de santé communautaire. Si des services ne sont pas intéressés à participer au projet, nous proposerons le projet à d'autres services du territoire.

Deuxième étape: S'acculturer au milieu. Il est entendu que chaque intervenante participera aux activités du service afin de s'intégrer dans le milieu, de créer des liens avec les gens et de saisir leur point de vue et leur vécu quotidien.

Troisième étape: Former des groupes de travail dans les milieux ou participer à des groupes déjà existants. Les rencontres auront lieu dans le milieu; on y discutera des besoins de santé des enfants, on identifiera les besoins prioritaires, on recherchera les facteurs qui influencent les problèmes et on choisira les interventions. Cette démarche sera faite à partir des attentes et des perceptions des besoins de santé des enfants par les parents, moniteurs(trices) et directrices.

Quatrième étape: Constituer un dossier pour chacun des besoins prioritaires identifiés. Chaque intervenante rapportera les besoins prioritaires de son milieu aux réunions du Collectif. S'il y a lieu, des mini-équipes de travail se formeront pour faire les recherches nécessaires. Chaque dossier inclura la documentation relative au besoin et un résumé de l'intervention proposée au(x) milieu(x) concerné(s).

Cinquième étape: Répondre aux besoins prioritaires de chaque service. Les activités pourront être réalisées par les gens des milieux, par les intervenantes, par des personnes ressources de la DSC ou par des gens d'autres ressources communautaires. Le rôle de l'intervenante variera en fonction du besoin et des activités qui ont été choisies par le groupe parents-moniteurs(trices)-directrice-intervenante. Dans toutes les situations, on tentera d'outiller les gens des garderies afin qu'ils puissent eux-mêmes intervenir auprès des enfants.

Sixième étape: Evaluer chacune des interventions. Le groupe constitué des gens du milieu et de l'intervenante évalue la réponse aux besoins ou aux problèmes de santé en termes d'impact et de satisfaction.

Septième étape: Evaluer l'ensemble du projet exploratoire. Pour évaluer le rôle de l'équipe de santé communautaire auprès des milieux de garde à l'enfance, nous recueillerons les perceptions des gens des milieux cibles, au terme de cinq mois de travail avec eux.

6^o Constructions des instruments de collecte des données. Nous construisons deux instruments pour recueillir les données

et pouvoir les analyser: 1. La grille d'analyse des besoins (cf. appendice 1, p. 144). Cet instrument est décrit au chapitre premier (cf. p. 47 et 48). 2. Le guide de rapport et d'analyse des interventions (cf. appendice 7, p. 176). Le Collectif garderies construit cet instrument à partir de la "Grille d'analyse du vécu expérimentiel", utilisée à un Cours Café-école⁵ animé par Constantin Fotinas, auquel un des membres du groupe a participé. La voici:⁶

1. Décrire l'événement ou fait,
2. exprimer les sentiments ressentis,
3. exprimer les sensations corporelles,
4. exprimer les réflexions,
5. apprécier le vécu,
6. proposer une amélioration.

Sans reproduire l'expérience du Café-école, nous nous sentons associés à quelques aspects de cette expérience. Rousse et Fotinas appuient leur approche, entre autres, sur la facilitation "psychagogique": ils reconnaissent que non seulement les facilitateurs techniques et logistiques influencent l'apprentissage mais aussi les facilitateurs humains

⁵Bernard François Rousse et Constantin C. Fotinas, Le Café-école, vers une libération systémique de l'acte d'apprendre, Université de Montréal, Groupe d'études sur les systèmes ouverts en éducation, Série: Rapport, n° 3, août 1980.

⁶Ibid., p. 31a.

(psycho-pédagogiques).⁷ La psychagogie est centrée sur l'apprenant; elle s'appuie sur les structures intrapsychiques de l'apprenant; elle suppose une relation d'aide de type coopératif.⁸ Rappelons que notre recherche action, tout en réalisant un mandat de santé communautaire, est une expérience d'auto-formation des participants. Comme Rousse et Fotinas, nous reconnaissons que le vécu de l'apprenant, les sentiments qu'il ressent influencent l'apprentissage. De plus, l'apprenant étant, dans notre recherche, intervenant, nous croyons que son vécu, ses sentiments influencent l'interaction. Il nous apparaît donc important de centrer l'analyse non seulement sur les réalisations des membres du Collectif mais aussi sur les sentiments qui sont ressentis lors de cette intervention. Il ne s'agit pas, pour nous, d'analyser le vécu expérientiel, mais bien les interventions auprès des milieux de garde. Voilà pourquoi nous modifions la grille de la façon suivante:

1. Événement ou fait. Cela se rapporte au point 1: décrire l'événement ou fait. Cela nous permet de situer les circonstances dans lesquelles l'interaction se fait.

⁷Ibid., p. 12.

⁸Ibid.

2. Interactions relatives aux besoins de santé. Cela regroupe le point 4: exprimer les réflexions, et le point 2: exprimer les sentiments ressentis. Le point 4 est devenu: "ce qui est dit"--nous nous proposons d'utiliser le verbatim afin d'éviter d'interpréter les données. Nous avons ajouté "ce qui est fait" puisque les interactions pouvaient être autres que verbales (e.g. geste). Comme l'interaction se fait dans les milieux de garde, nous plaçons un espace pour rapporter ce qui est dit ou ce qui est fait par les membres des garderies et un autre, par les membres du Collectif. Ce qui est dit et ce qui est fait est placé en parallèle avec les sentiments ressentis afin de faciliter l'analyse. Enfin, notons que "sensations corporelles" n'est pas retenu comme tel. Les avis sur la question sont partagés et le groupe convient qu'elles seront décrites avec les sentiments ressentis.
3. Observations relatives aux besoins (non utilisées dans l'interaction). Nous ajoutons cet élément puisque, peut-être, certaines observations ne seraient pas utilisées à l'étape précédente. Nous désirons les noter pour ne pas les oublier et, s'il y a lieu, les utiliser ultérieurement.
4. Appréciation du vécu. C'est le point 5 de la grille de Rousse et Fotinas. Pour faciliter l'utilisation de ce point, nous avons ajouté trois repères, soit: résistance, plaisir et solidarité. D'une part, résistance et plaisir nous semble résumer ce que nous désirons analyser. D'autre part, nous avons formulé l'hypothèse que la stratégie que nous utilisions, soit l'action communautaire, doit nous aider à développer de la solidarité avec la clientèle; nous voulons ainsi vérifier une de nos hypothèses.
5. Appréciation de l'intervention. Nous ajoutons cet item et notons cinq points de repère pour faciliter l'analyse critique de nos interventions. L'échange mutuel et le rapport de négociation renvoient à la cible des interventions; les composantes rationnelles et émotives renvoient au contenu de l'intervention; les trois niveaux de savoir renvoient aux objectifs de l'intervention. Ces divers éléments font aussi partie de nos objectifs de recherche.

6. Propositions. De "proposer une amélioration", point 6, nous avons retenu "propositions". D'un côté, cela nous permet d'entrevoir comment nous pouvons améliorer notre pratique et, d'un autre côté, de planifier nos prochaines interventions.

2. Intervention auprès de six services de garde à l'enfance

Pour rapporter cette étape des réalisations du Collectif garderies, nous présentons d'abord un résumé des principales interventions réalisées dans les milieux cibles; nous présentons ensuite les principales caractéristiques des réunions du Collectif durant cette période.

a) Interventions réalisées

1^o Première intervention. Durant la période de préparation, le Collectif a réalisé une première intervention que nous jugeons bon de rapporter ici. Une garderie populaire, qui n'avait pas été choisie comme milieu cible, faisait alors face à de graves problèmes de logement. Informés du fait par les média d'information, nous discutons du problème aux réunions du Collectif; voici les deux types d'intervention que nous retenons et que nous proposons à la direction de la DSC:

1. s'associer comme équipe de santé communautaire à un groupe de pression déjà constitué: "Regroupement

garderies" et tenter d'associer les autres équipes des DSC de la région;

2. offrir notre support à la garderie.

Seule la deuxième proposition est retenue. Le support apporté prend la forme d'une lettre d'appui adressée à la garderie concernée. Cette lettre s'accompagne d'un encouragement explicite à utiliser cette lettre selon la convenance de la garderie. Le contenu de la lettre est planifié au sein du Collectif. Le conseiller en organisation communautaire est chargé de l'intervention. La garderie concernée apprécie notre support. Par contre, le silence qui est fait sur cette intervention au moment de l'évaluation nous laisse croire qu'elle a eu peu, voire même, aucun impact.

2^o Réponse des milieux choisis. Quatre des six milieux acceptent de participer au projet. En effet, après quelques rencontres, deux des services décident de ne pas participer; la démarche que nous proposons semble ne pas pouvoir s'harmoniser avec leur mode de fonctionnement, sans compter qu'un des deux services a déjà organisé ses propres ressources de santé. Nous proposons donc le projet exploratoire à deux autres services. Ils acceptent. Notons qu'un de ces services est la

garderie à qui nous avons offert du support (cf. Première intervention, p. 74-75) quelques mois auparavant.

Ce nouveau groupe cible modifie quelque peu la représentativité que nous avons tenté d'assurer lors du premier choix des milieux cibles. Maintenant, la population d'un des territoires de CLSC n'est plus représentée: trois garderies plutôt que deux sont de type populaire et la capacité d'accueil des milieux varie entre 45 et 115 enfants. Par contre, le pourcentage des parents bénéficiant du projet d'aide financière aux familles varie maintenant, selon les milieux, de 0 à 75%.

3^o Etape d'acculturation aux milieux. Cette démarche prend des formes différentes selon les milieux cibles. Dans la majorité des milieux elle précède l'étape d'identification des besoins; dans un des milieux, où les problèmes de santé sont aigus, l'intervention précède et accompagne l'acculturation. Dans tous les services, l'étape d'acculturation se poursuit tout au long de l'intervention. Selon les milieux, les intervenantes s'acculturent en participant aux activités d'un, de plusieurs ou de tous les sous-groupes du service; elles passent des journées entières, des demi-journées dans le milieu ou vont partager les repas avec eux.

4° Groupes de parents, moniteurs(trices), directrice et intervenante. La formation des groupes de travail en santé est à l'image du mode de fonctionnement de chaque service. Ainsi, dans les garderies populaires, les décisions sont prises par le regroupement des parents et des travailleurs; les comités santé ou l'assemblée générale ou la réunion des moniteurs(trices) sont les groupes avec qui l'infirmière intervient. Dans les autres milieux, les parents ne sont pas associés aux prises de décision; les groupes de travail sont donc constitués de moniteurs(trices) et de la directrice. Dans certains de ces milieux, il est difficile, voire même impossible, de rencontrer tous les moniteurs(trices) regroupés en même temps. Des petits groupes s'organisent à l'occasion et l'interlocuteur de l'infirmière est souvent un(e) moniteur(trice) ou la directrice de l'organisme.

5° Besoins identifiés et interventions. Les besoins identifiés sont relatifs à ces aspects de la santé des enfants:

- 1. comportement des enfants
- 2. sécurité
- 3. ressources communautaires
- 4. techniques de premiers soins

5. dépistage précoce des problèmes de santé
6. hygiène dentaire
7. examen médical annuel
8. éducation sanitaire
9. alimentation
10. hygiène du milieu
11. hygiène corporelle
12. maladies contagieuses
13. comité santé
14. problème des enfants malades.

Les besoins sont exprimés par les moniteurs(trices), la directrice, la cuisinière, les parents ou l'infirmière.

⇒ L'infirmière intervient en jouant, selon les besoins, un rôle

1) de personne ressource, 2) d'agent de liaison, 3) d'animateur, ou 4) de participante à part égale.

Le rôle de la personne ressource consiste: à aider les gens du milieu à acquérir des connaissances et des habiletés, à trouver des documents ou des outils de contenu ou à consulter des experts pour alimenter le contenu.

Le rôle d'agent de liaison consiste à contacter des personnes ressources (de la DSC ou d'autres organismes), à leur exposer le besoin du milieu, à les mettre en contact avec le milieu, à fixer avec eux les étapes de l'intervention et à s'assurer de sa réalisation.

Le rôle d'animateur consiste, au moment des réunions, à aider les gens concernés à s'utiliser entre eux comme personnes ressources.

Le rôle de participante à part entière consiste à intervenir en tenant le même rôle que les gens du milieu (exemple: participer au comité santé).

b) Réunions du Collectif garderies

1^o Vue d'ensemble des réunions. Durant l'étape d'intervention, nous poursuivons les réunions du Collectif. Du 7 janvier au 3 juin 1981, le groupe tient vingt réunions d'une durée moyenne de trois heures.

Les discussions sont amorcées à partir des expériences vécues dans les milieux et des tâches que nous avons à accomplir (v.g. interventions et évaluation à venir). Les discussions sont principalement axées sur le contenu de nos interventions et le vécu qui s'y attache. Nous tentons de faire une analyse critique de nos interventions et nous nous donnons du support relativement au contenu et au vécu.

2^o Principaux sujets discutés. Voici, tirés du journal du Collectif, les principaux sujets discutés et ce, par ordre chronologique:

1. Difficulté ressentie à expliquer clairement le projet (et ses implications) aux services cibles,
2. impact du mode de fonctionnement "rigide" de certains milieux sur la santé mentale des enfants et pertinence d'une intervention de l'équipe de santé,
3. rôle du Collectif auprès des personnes ressources extérieures contactées,
4. modification de l'outil "Grille d'analyse des besoins",
5. nécessité de démystifier l'impact de l'information,
6. besoins de santé des enfants et attentes des services,
7. insécurité associée à une nouvelle expérience (rôle, etc.),
8. difficulté ressentie face à devoir, de façon concomitante, mettre en valeur les compétences de la population et d'établir notre crédibilité auprès de cette population,
9. difficulté ressentie à saisir les diverses dimensions d'une culture et à développer de la solidarité avec des gens très différents de nous,
10. liens entre l'expérience du Collectif garderies et les projets futurs de la DSC,
11. évaluation: instruments et procédure.

3^o Participation de personnes extérieures comme ressources au Collectif garderies. L'agent d'information de la DSC participe à une réunion afin de constituer un bottin des ressources communautaires pour les garderies. L'épidémiologiste conseil participe à deux réunions; avec ce dernier,

nous amorçons l'analyse globale du projet exploratoire et nous commençons à préparer l'étape suivante: l'évaluation.

4^o Réunion d'intervention. Le groupe organise une rencontre avec les intervenants en santé mentale. Avec eux nous concertons l'intervention auprès des milieux cibles: en précisant les objectifs et les caractéristiques du projet exploratoire; en définissant les modalités de référence des milieux; en définissant les rôles de l'équipe ressource et de l'équipe de santé communautaire; en s'informant mutuellement de nos disponibilités.

3. Evaluation du projet exploratoire

L'évaluation du projet exploratoire a trois objets: l'expérience des membres du Collectif garderies, l'expérience des milieux cibles et le rôle de l'équipe de santé communautaire auprès des services de garde à l'enfance. Pour les deux premiers objets, nous présentons les moyens d'évaluation utilisés et les résultats de l'évaluation. Pour le dernier, nous présentons les recommandations qui ont été ache-minées à la direction de la DSC et du CLSC concernés ainsi qu'un aperçu des suites du projet exploratoire.

a) Evaluation de l'expérience des membres du Collectif garderies.- Le groupe utilise deux instruments pour évaluer l'expérience de ses membres. Le premier instrument est une "discussion structurée", faite en groupe à partir d'un ordre du jour élaboré par le Collectif (cf. Ordre du jour, réunion d'évaluation du Collectif garderies, appendice 8, p. 178) et animée par une personne ressource extérieure. Le deuxième instrument est le "questionnaire sur le travail de groupe" de Gilles Ferry (1970) (cf. Questionnaire sur le travail de groupe, appendice 4, p. 167) que nous présentons au chapitre premier du présent mémoire (cf. chapitre premier, p. 49); ce questionnaire est rempli individuellement par chacun des participants.

1° La discussion structurée. Chacun des participants a en main, une semaine à l'avance, l'ordre du jour pour préparer individuellement la réunion. Tous les membres sont présents à la rencontre d'évaluation. Une conseillère en recherche de la DSC, qui n'a pas participé au projet, anime la discussion. La discussion se déroule selon l'ordre du jour. Elle est alimentée, d'une part, par un document synthèse du journal des réunions du Collectif et, d'autre part, par la référence au souvenir de nos expériences vécues.

La personne ressource fait un compte rendu de la réunion (cf. Compte rendu de la réunion d'évaluation, appendice 9, p. 181).

Les résultats présentés dans les trois tableaux qui suivent sont tirés de ce compte rendu. Ils résument les satisfactions et les insatisfactions ressenties ou les réflexions suscitées par les thèmes, ainsi que les recommandations qui ont été formulées par le groupe. Le tableau II renvoie à l'étape de préparation de l'intervention. Le tableau III renvoie aux étapes d'intervention auprès des services de garde et d'évaluation. Enfin, le tableau IV, qui a pour objet le fonctionnement en groupe de travail, renvoie à toutes les étapes du projet.

2° Le questionnaire. La compilation et l'analyse des réponses au questionnaire selon le deuxième objectif de la recherche sont présentées au chapitre IV (cf. p. 95). Dans l'ensemble, les réponses des participants font ressortir qu'ils jugent l'expérience enrichissante et satisfaisante. Par contre, les réponses individuelles semblent avoir donné l'occasion aux participants de préciser leurs insatisfactions.

TABLEAU II

ETAPE DE PREPARATION DE L'INTERVENTION
SATISFACTIONS, INSATISFACTIONS ET RECOMMANDATIONS SELON LES THEMES DISCUTES

Thèmes discutés	Satisfactions	Insatisfactions	Recommandations
Sollicitation	Moyen permettant une liberté de choix	Règles du jeu manquant de clarté	Faire la sollicitation en deux étapes: 1- l'information 2- rencontre des personnes intéressées
Durée de l'étape de préparation (4 mois)	Accélération des étapes subséquentes	Beaucoup d'anxiété ressentie face aux premières rencontres dans les milieux Risque de fabulation par rapport à la réalité	Commencer des rencontres dans les milieux pendant la période préparatoire
Documentation utilisée		Abondance des écrits Non-discrimination des écrits essentiels	Identifier les écrits essentiels et les écrits secondaires Partager les lectures entre les membres du groupe et faire un échange des synthèses
Personnes ressources	Choix pertinent (F.Leseman)	Rencontre insuffisamment préparée ----- Présence d'observateurs extérieurs	Préparer en groupe toutes les rencontres (attentes et moyens pour les combler) ----- Limitier l'accès au groupe concerné

TABLEAU III

ETAPES D'INTERVENTION ET D'EVALUATION
REFLEXIONS ET RECOMMANDATIONS SELON LES THEMES DISCUTES

Thèmes discutés	Réflexions	Recommandations
Acculturation au milieu	L'acculturation est un processus continu, l'acculturation est une intégration au milieu et non une tentative de le modifier	Avoir un premier contact avec tous les milieux cibles afin d'éclairer le choix
	Le processus d'acculturation est facilité en focalisant les similitudes plutôt que les différences entre nous et le milieu	Organiser l'accès aux milieux cibles pour les membres du groupe qui ne sont pas des intervenants
Réponses aux besoins exprimés	Le rôle de l'équipe vis-à-vis les personnes ressources en est un de support et de coordination	<p>Inviter les personnes ressources consultées à participer à une ou plusieurs réunions</p> <p>Faire un inventaire de toutes les ressources communautaires (humaines et matérielles) francophones, anglophones et allophones du territoire</p> <p>Partager entre les participants le travail de recherche relatif aux besoins</p>
Outils de collecte des données	La complexité des outils élaborés est plus sécurisante qu'aidante	
Evaluation	<p>L'évaluation est une étape importante, menaçante, inquiétante et stressante</p> <p>La collaboration d'un conseiller en recherche est indispensable</p>	

TABLEAU IV

FONCTIONNEMENT EN GROUPE DE TRAVAIL
SATISFACTIONS, INSATISFACTIONS ET RECOMMANDATIONS SELON LES THEMES DISCUTES

Thèmes discutés	Satisfactions	Insatisfactions	Recommandations
Composition du Collectif	Association des membres de la planification-recherche et des intervenants		Associer, à toutes les étapes des projets, des membres de la planification-recherche et des intervenants
	Clarification des rôles de chacun		Clarifier les rôles de chacun des membres du groupe de travail
		Variation dans la composition de l'équipe au cours du projet	Assurer la stabilité du groupe du début à la fin du projet
Prise de décision		Manque de clarification des règles du jeu (prise de décision)	Définir le mode de prise de décision de groupe dès le départ
Répartition des tâches		Manque de clarification des fonctions administratives	Définir et partager les fonctions administratives
Lieu physique		Manque de confort Toujours le même endroit	Alterner les rencontres dans les différents milieux des participants
Dynamique de l'équipe	Développement de solidarités au sein du groupe (partage de la responsabilité et des difficultés vécues)	Difficulté d'exprimer au fur et à mesure ce qui ne va pas	
Durée des réunions		Difficulté à couvrir l'ordre du jour et à faire tous les échanges souhaités	
Durée du projet		Etape d'intervention trop courte, frustrations engendrées par l'impossibilité de répondre à tous les besoins	

En effet, la présence de conflits interpersonnels au sein du Collectif avait été à peine abordée lors de la discussion structurée et a été largement développée dans les réponses au questionnaire. Il est clair que le groupe a vécu des tensions et que la majorité des participants aurait souhaité régler les conflits. Mais en même temps nous percevons qu'il s'agit d'une question très délicate et que la dynamique du groupe n'a pas favorisé le règlement des conflits.

D'autre part, les données recueillies lors de la discussion structurée confrontées à celles du questionnaire font ressortir que le groupe de travail est une méthode de travail et d'apprentissage efficace et appréciée. Elles mettent aussi en lumière que l'association de membres de l'équipe de la planification-recherche et des équipes d'intervenants a permis aux uns et aux autres de participer activement aux diverses étapes du projet exploratoire, de se donner mutuellement du support et de créer des liens entre les différents paliers de travailleurs de l'équipe de santé communautaire. Cela, malgré le fait que certains membres de l'équipe se soient sentis divisés à quelques reprises.

b) Evaluation de l'expérience des parents, moniteurs(trices), directrices ou coordonnatrices des services de garde à l'enfance concernés.- Pour évaluer la perception de la population, le groupe élabore un questionnaire (cf. Evaluation, projet exploratoire du Collectif garderies, appendice 10, p. 195). Ce questionnaire, version française ou anglaise, est remis à toutes les personnes qui ont participé au projet exploratoire, soit: les moniteurs (trices) et les responsables de tous les services; les parents et la cuisinière de certains milieux. Les questionnaires sont distribués en septembre 1981 et recueillis deux semaines plus tard par un membre du Collectif qui n'a pas agi comme intervenante auprès des garderies. Les réponses sont anonymes et toutes (100%) les personnes sollicitées ont répondu au questionnaire. Les résultats sont compilés et résumés par la conseillère en recherche qui fait partie du Collectif. Ils sont présentés dans un document synthèse (cf. Résultats du questionnaire, appendice 11, p. 198).

c) Evaluation du but et des objectifs du Collectif garderies.- La synthèse de l'expérience vécue et les résultats de l'évaluation conduit le Collectif garderies à présenter (en octobre 1981) des recommandations aux équipes de

direction de la DSC et du CLSC concernés. Dans un premier temps, voici les recommandations présentées par le Collectif et dans un deuxième temps, les retombées du projet exploratoire.

1^o Recommandations présentées à la DSC et au CLSC concernés. L'évaluation du projet exploratoire révèle que l'équipe de santé communautaire a un rôle à jouer auprès des services de garde à l'enfance. Ce rôle est relatif et dynamique: il varie selon les milieux touchés; il évolue selon les besoins ou les problèmes de santé présents et les réponses qui y sont apportées. Ce rôle se caractérise par une intervention indirecte auprès des enfants, i.e. que l'intervention est prioritairement faite auprès: des moniteurs(trices), de la direction et des parents; des ressources communautaires, voire même auprès des différents niveaux d'autorité concernés (CLSC, DSC, CRSSS, MAS, par la voie de la DSC et du CLSC). L'intervention directe auprès des enfants est secondaire et occasionnelle; elle est relative aux types de besoins présents. Pour le Collectif garderies, l'intervention doit viser à outiller les gens des services, à concerter les actions avec les personnes ressources et à faire mutuellement des apprentissages relatifs à la santé.

Voici, reproduits textuellement, les recommandations qui ont été présentées par le Collectif garderies aux directions de la DSC et du CLSC:

ATTENDU QUE:

1. Toutes les garderies qui ont participé au projet ont jugé que l'équipe de santé communautaire a un rôle à jouer dans les garderies,
2. la situation financière précaire des garderies les contraint à accepter un ratio moniteur/enfants à la limite des normes ce qui ne leur permet pas d'aller eux-mêmes chercher les ressources santé (support, formation en cours d'emploi, etc.),
3. la situation économique actuelle du MAS exige une coordination pour permettre l'utilisation maximale des ressources santé par les garderies,
4. plusieurs besoins de santé ont été identifiés et que le manque de temps nous a contraints d'une part à fixer uniquement des objectifs à court terme et d'autre part à laisser en suspens des besoins jugés importants par les garderies,
5. l'évaluation de la démarche d'identification et de réponse aux besoins de santé des enfants a donné des résultats positifs,
6. l'intervention dans les garderies permet un contact et un impact au niveau de la population de tout un quartier: d'une part des moniteurs, des parents, des familles sont rejoints par l'intervention, d'autre part il y a possibilité de rejoindre d'autres clientèles visées ou d'autres groupes (familles mono-parentales, femmes enceintes, immigrants, enfants à risque, etc.),

7. certaines garderies organisant déjà des activités santé de qualité pourraient devenir par l'intermédiaire et avec le support de la DSC et du CLSC une ressource pour d'autres garderies,
8. plusieurs garderies vivent des situations de crise (problèmes de locaux, problèmes financiers, limitation des places disponibles) une action de type socio-politique de la part de la DSC et du CLSC s'impose,
9. il est logique:
 - a) de rejoindre la clientèle dans son milieu vie (ex. : enfants à risque à domicile et à la garderie),
 - b) de donner suite au support santé apporté à la clientèle (femme enceinte, nouveau-né, nourrisson, pré-scolaire, etc.),

pour toutes ces raisons nous sommes convaincus que l'équipe santé de la DSC et du CLSC a un rôle important à jouer dans les garderies et que nous devons donner suite au projet garderies de la façon suivante:

1. poursuivre la démarche d'action communautaire telle qu'entreprise,
2. continuer d'intervenir auprès des garderies déjà impliquées,
3. choisir une modalité d'intervention différente (rôle, présences) pour chacune des garderies selon les besoins déjà identifiés,
4. intégrer progressivement d'autres garderies au projet (objectif: doubler le nombre des garderies d'ici juin 1982),
5. garder le groupe de travail initial (Collectif garderies) afin d'assurer la continuité de la démarche entreprise,

6. augmenter le nombre des intervenants dans le Collectif en procédant par marrainage. Soit un nouvel intervenant par module et CLSC (total 3),
7. continuer les rencontres périodiques du Collectif et éventuellement former des sous-groupes dans chaque module et CLSC.

Les réactions de la direction de la DSC sont les suivantes:

1. Les intervenants poursuivent l'intervention auprès des services concernés.
2. Le Collectif garderies dans sa formule originale ne doit plus exister, le projet exploratoire étant terminé; selon les disponibilités des membres impliqués le groupe peut se réunir de façon sporadique et occasionnelle pour terminer l'analyse du projet, fixer les objectifs futurs et se donner du support. Cette décision s'appuie sur le fait que les modules de service, devenus de plus en plus autonomes poursuivent présentement une réflexion pour se donner un mode de fonctionnement; les interventions futures sont relatives aux priorités qui seront établies par ces groupes.
3. Des interventions auprès de nouveaux services pourront être faites suivant la demande de ces derniers et relativement à la disponibilité des équipes des modules et du CLSC. La formule de "marrainage" proposée est acceptée.

2^o Rencontre avec les milieux de garde. Suite à cette réunion, nous avons convié des membres des services de garde pour leur faire part des résultats des questionnaires auxquels ils avaient répondu et pour les informer de la suite du projet

exploratoire. Les six milieux ont été convoqués; cinq ont participé à la rencontre; les gens de l'autre service ont été empêchés par un incident échappant à leur contrôle.

3^o Retombées du projet exploratoire garderies. Les expériences vécues au cours du projet exploratoire--plus précisément l'association des intervenants et des membres de l'équipe de la planification-recherche ainsi que l'utilisation de l'action communautaire comme stratégie d'intervention--ne sont pas étrangères aux nouvelles orientations de la DSC. En effet, en septembre 1981 des groupes de réflexion se sont constitués dans les modules de service pour élaborer les scénarios de fonctionnement des équipes. Comme le Collectif, ces groupes associent des intervenants et des membres de l'équipe de planification-recherche et la stratégie d'intervention privilégiée tant par l'équipe de direction et les groupes de réflexion est l'action communautaire. Enfin, à l'hiver 1982 une session de formation en action communautaire, animée par Frédéric Leseman, réunit des membres du CLSC, d'un organisme communautaire de maintien à domicile du territoire, les intervenants des modules de service et l'équipe de la planification-recherche de la DSC.

Du côté des garderies, deux nouvelles garderies ont fait appel à l'équipe de santé communautaire. Les équipes des modules ont répondu à leur demande et le processus de marrainage est amorcé. D'autre part, les infirmières continuent d'intervenir auprès de trois des services de garde du projet exploratoire. Dans les trois autres services, les interventions ne se sont pas poursuivies; deux de ces services sont très autonomes. Seul un contact régulier est assuré dans l'autre service, faute de disponibilité chez l'intervenante.

Tel que convenu avec la direction, l'équipe garderies (participantes du Collectif et les nouvelles intervenantes) se réunit occasionnellement. Pour l'année qui vient, le groupe se fixe les objectifs suivants:

1. Tenter d'augmenter la crédibilité de l'équipe de santé communautaire auprès des services de garde en apportant des réponses concrètes aux besoins exprimés;
2. augmenter les activités relatives à l'acquisition d'habiletés en proposant conjointement aux gens des garderies des activités d'apprentissage qui visent des objectifs de savoir (connaissances) et de savoir-faire (habiletés);
3. identifier avec la population concernée les sources des problèmes ou des besoins de santé et s'il y a lieu entreprendre des actions socio-politiques explicites.

CHAPITRE IV

ANALYSE DES RESULTATS

Le présent chapitre s'articule autour des deux objectifs de la recherche. Dans une première partie, l'analyse permet de faire ressortir le potentiel de l'action communautaire telle qu'utilisée par le Collectif garderies comme stratégie d'intervention auprès des garderies; dans une deuxième partie, elle porte sur le groupe de travail utilisé comme moyen d'apprentissage au sein du Collectif garderies.

1. Action communautaire

Avant d'analyser l'impact de l'utilisation de l'action communautaire, nous évaluons dans quelle mesure nos interventions ont été fidèles aux caractéristiques de cette stratégie.

a) Fidélité à la stratégie d'action communautaire.-

La session de formation en action communautaire dont nous faisons mention au chapitre III du présent mémoire (cf. p. 93)

nous a permis de réaliser que l'action communautaire est une approche systémique d'une population, de ses besoins et de ses ressources. Or nous devons reconnaître qu'au départ le projet exploratoire garderies n'avait pas perçu cette optique. En effet, notre façon d'aborder la problématique et le rôle de l'équipe de santé communautaire nous faisait considérer les services de garde et les services de santé communautaire comme des entités aseptisées et isolées de la dynamique générale dans laquelle ils sont inscrits. Nous ne nous percevions pas comme une ressource parmi d'autres ressources, mais bien comme la ressource idéale pour répondre aux besoins de santé des enfants usagers des services de garde. Pour réaliser une approche systémique, il aurait été opportun d'inventorier les différentes ressources communautaires présentes et d'intervenir de concert avec elles. Une seule de nos interventions a (à notre insu) respecté cette approche: c'est celle que nous avons faite avec l'équipe de santé mentale. Rappelons que notre rôle avait alors consisté à recruter cette ressource, à concerter l'intervention avec l'équipe concernée et à assurer un suivi (cf. p. 81).

Par contre, d'autres aspects de la stratégie ont été mieux saisis et par le fait même mieux respectés. Ainsi,

nous avons reconnu qu'il existe des rapports de pouvoir entre les intervenants et la population. Nous avons aussi amorcé une prise de conscience face aux relations de pouvoir qui existent à tous les paliers des institutions. Concernant les quatre conditions d'intervention d'une action communautaire, décrites par Leseman (1979), voici les résultats de l'analyse que nous avons faite avec les membres du Collectif garderies:

1^o S'acculturer au milieu. Il est évident que plusieurs efforts ont été faits dans ce sens: les intervenantes ont passé du temps dans les garderies, ont participé aux activités du milieu, etc. Par contre, comme nous l'avons souligné antérieurement, s'acculturer à un milieu est un processus long et continu; de plus, ce processus est d'autant plus difficile que le milieu nous est étranger ou indifférent, voire même antipathique. Au risque de répéter une vérité évidente, il nous apparaît plus facile de s'acculturer à un milieu qui nous ressemble, c'est-à-dire dans lequel nous nous identifions spontanément aux valeurs et au vécu des personnes.

2^o Etablir des conditions qui permettent à la population concernée d'exprimer ses besoins (v.g. rencontrer la population regroupée dans son milieu).

Dans quatre des six milieux, cette condition fut relativement facile à remplir puisqu'il existait déjà des regroupements. Dans les milieux où l'organisation laisse peu ou pas de place à de tels regroupements, cette condition n'a pu être remplie qu'occasionnellement. Pour ce qui est des rencontres toutes ont eu lieu dans les milieux de garde.

3^o Confronter la connaissance vécue de la population au savoir théorique et pratique des intervenants. Contrairement à ce que nous pensions avant d'aller dans les milieux de garde, cette condition ne s'est pas avérée facile à remplir. Plusieurs raisons peuvent expliquer les difficultés auxquelles nous avons dû faire face, entre autres, comme intervenantes nous avons convenu de respecter la vue de la population concernée: nous avons planifié de démarrer le processus d'intervention à partir des besoins perçus et exprimés par la population. A notre insu, nous mettions de côté nos expertises et nos compétences pour nous confiner dans un rôle attentiste. Cette position ne favorise pas l'établissement d'un rapport dialectique entre les deux types de savoir. Peut-être nous était-il nécessaire d'aller à l'opposé des relations traditionnelles, professionnelles pour atteindre un juste milieu? Quoi qu'il en soit, nous n'étions pas toujours dans

une position favorable à l'établissement de notre crédibilité. Comme nous l'avait pourtant souligné F. Leseman, il est essentiel que les intervenants établissent leur crédibilité auprès des groupes concernés...

L'action communautaire s'appuie sur le postulat que la population détient et la définition de ses problèmes et les moyens de les solutionner. A partir de cette donnée, nous nous imaginions (à des degrés différents) que la population serait enthousiaste et empressée d'exprimer sa perception des besoins et des problèmes relatifs à la santé des enfants puisque nous lui en donnions enfin l'occasion. La réalité fut tout autre: d'une part, les moyens que nous utilisions (rencontres, discussions, tours de table, etc.) pour identifier les besoins s'avéraient souvent fastidieux pour les gens des garderies et pour les intervenantes: chacun sait que, dans notre société, efficacité et rapidité sont intimement liées. D'autre part, nous nous retrouvions mutuellement en situation d'apprentissage, ce qui créait une dynamique inattendue: les gens des garderies avaient parfois l'impression de perdre leur temps (comme en témoignent les commentaires d'un parent et d'un moniteur qui disent "il est temps de passer du stade exploratoire au stade permanent"), et les

intervenantes, elles, avaient parfois l'impression d'être inutiles.

Enfin, utiliser une nouvelle approche nous obligeait à rompre avec la tradition. Comme nous le soulignons au chapitre de la problématique, l'intervention passée des professionnels de la santé a créé chez la population des attentes stéréotypées envers ces derniers. La démarche que nous proposons aux services de garde ne s'associait pas à l'image traditionnelle. Sans compter que nous vivions de l'insécurité face à notre nouveau rôle et que certaines facettes du projet n'étaient pas très claires (cf. discussion structurée et questionnaire sur le groupe de travail); nos propositions comme les réactions des milieux pouvaient engendrer de la frustration de part et d'autre. Ainsi: un service nous a signifié qu'il serait beaucoup plus simple de proposer une liste d'activités à partir de laquelle il pourrait choisir celles qui lui conviennent plutôt que de faire la démarche proposée; un autre milieu demande à l'infirmière s'il lui est possible de venir à la garderie habillée en uniforme de garde-malade. Enfin, dans tous les milieux, les gens nous perçoivent d'abord comme des ressources concernant les premiers soins, les maladies contagieuses et les parasites.

4^o Intervenir en ancrant le savoir professionnel dans le vécu communautaire. Bien que cette condition soit liée à la précédente, nous considérons qu'elle fut plus facile à réaliser. Le fait que nos interventions aient eu pour cible principale les parents et les moniteurs(trices) favorisait l'ancrage de notre savoir et son adaptation à leur vécu puisqu'ils l'utilisaient à leur convenance. De plus, cette étape comportait plus d'actions pratiques: nous avons le sentiment de faire quelque chose et la population avait l'impression de bien utiliser son temps; les interventions augmentaient notre crédibilité auprès des services. Notons que cette constatation confirme qu'il est opportun, comme nous l'avions pensé au départ, d'associer les étapes d'identification des besoins et d'intervention pour répondre aux besoins prioritaires.

En résumé, notre intervention n'avait pas toutes les caractéristiques d'une action communautaire. Nous n'avons pas utilisé une approche systémique et le rapport dialectique entre les perceptions de la population et celles des intervenantes était plutôt faible. Par contre, les intervenantes se sont acculturées aux différents milieux et ont rencontré

les gens dans leurs milieux. Enfin les connaissances des intervenantes ont pu s'ancrer dans le vécu de la population concernée.

C'est en tenant compte des limites imposées par ces conclusions que nous abordons l'analyse de l'utilisation de l'action communautaire comme stratégie d'intervention en santé communautaire.

b) Impact de l'utilisation de la stratégie d'action communautaire.- Pour évaluer l'atteinte de ces résultats nous utilisons les données compilées dans le document "Synthèse des données colligées à l'aide de la grille des besoins" (cf. appendice 3, p. 153); secondairement, nous référons aux résultats du questionnaire complété par les participants au projet garderies (cf. appendice 11, p. 198) et au compte rendu de la discussion structurée du Collectif garderies (cf. appendice 9, p. 181). Enfin notons que cette évaluation fut finalisée avec la collaboration des membres du Collectif garderies.

Rappelons que nous avons établi au départ que la pratique se manifesterait cohérente avec l'idéologie en

ayant les caractéristiques suivantes (cf. objectif 1, chapitre II, p. 43):

1. il existera des relations de collaboration et de solidarité entre les professionnels et la population,
2. les interventions seront centrées sur les différentes dimensions de la santé, soit: bio-psycho-sociale,
3. des interventions seront entreprises au niveau de l'environnement social et politique,
4. l'éducation sanitaire proposera conjointement des apprentissages au niveau des connaissances et des habiletés, tiendra compte des préoccupations actuelles des apprenants et de l'opportunité d'utiliser ces apprentissages dans un délai relativement court.

Voyons dans quelle mesure la stratégie d'action communautaire telle qu'utilisée par le Collectif garderies a contribué à réaliser ces objectifs contributifs.

1^o Existence de relations de collaboration et de solidarité entre professionnels et intervenants. Nous avons créé des liens chaleureux avec des gens des services de garde: par exemple, plusieurs s'appellent par leur prénom et se manifestent de la tendresse (regards complices, embrassades à la rencontre et à la séparation, etc.). La qualité des liens est différente d'un milieu à l'autre et varie à l'intérieur de chacun des milieux. Par contre, nous avons toutes l'impression d'avoir développé de la solidarité avec au moins une personne:

v.g. nous sommes à l'aise l'une avec l'autre; nous sommes heureuses de nous rencontrer; nous partageons des valeurs; nous sommes complices au niveau des revendications. Nous référant à l'étape d'acculturation au milieu, nous constatons qu'il est plus facile de développer de la solidarité avec des gens qui nous ressemblent. Mais la solidarité s'est aussi développée autour de valeurs communes ou de conditions communes; ainsi notre condition commune de femmes, de mères nous permettait de partager des préoccupations nonobstant nos différences culturelles ou sociales. Par contre, dans presque tous les milieux nous avons ressenti de l'indifférence, voire même de l'antipathie pour certaines personnes.

La création de liens personnels favorisait la création de relation de collaboration face aux besoins de santé des enfants. Il est manifeste que c'est en vivant dans le milieu et en participant aux activités que nous avons pu créer des liens. Certaines complicités sont nées rapidement, d'autres ont été plus lentes à s'établir. Quoi qu'il en soit, nous étions encouragées à les utiliser pour partager nos connaissances avec les gens concernés.

2° Interventions centrées sur les différentes dimensions de la santé, soit: bio-psycho-sociale. Les interventions, tout en touchant les trois dimensions de la santé, sont majoritairement reliées aux besoins relatifs à l'aspect physique de la santé. L'analyse des données colligées à l'aide de la grille des besoins (cf. appendice 3, p. 153) nous conduit aux constatations suivantes: huit types de besoins renvoient à l'aspect physique de la santé, soit:

- premiers soins (n° 4)
- dépistage des problèmes auditifs et visuels (n° 9)
- hygiène dentaire (n° 6)
- examens médicaux (n° 7)
- enseignement santé (n° 8)
- nutrition (n° 9)
- hygiène corporelle (n° 11)
- maladies contagieuses (n° 12)

un type de besoin renvoie à l'aspect psychologique de la santé:

- comportement des enfants (n° 1)

cinq types de besoins renvoient à l'aspect social de la santé;

deux concernent l'environnement physique:

- sécurité (n° 2)
- hygiène des lieux (n° 10)

et trois concernent l'environnement socio-économique:

- ressources communautaires (n° 3)
- support socio-politique (n° 13)
- formation d'un comité santé (n° 14).

Le fait d'avoir entrepris des interventions centrées en majorité sur la santé physique n'a probablement pas de rapport direct avec l'utilisation de la stratégie d'action communautaire. Par contre, des 43 besoins identifiés, 83.7% ont été exprimés par des gens des garderies. Comme nous l'avons souligné antérieurement, l'image que la population se fait des intervenants en santé communautaire a probablement influencé le choix des besoins.

3^o Interventions entreprises au niveau de l'environnement social et politique. La seule intervention touchant l'environnement social et politique est le support qui fut offert à la garderie qui faisait face à des problèmes de logement. Nous avons décrit le contexte et le contenu de cette intervention au chapitre III du présent mémoire (cf. chapitre III, p. 74-75). Rappelons que cette intervention n'a pas eu d'impact. La forme du support n'était probablement pas adaptée au problème. Le type d'intervention réalisée ne s'associe pas clairement à la stratégie d'action communautaire. La recherche d'une action de concertation auprès des instances concernées, faite en collaboration avec les groupes déjà impliqués, aurait pu constituer une action communautaire.

4° Education sanitaire proposant conjointement des apprentissages au niveau des connaissances et des habiletés, tenant compte des préoccupations actuelles des apprenants et de l'opportunité d'utiliser ces apprentissages dans un délai relativement court. Des activités d'éducation sanitaire ont été réalisées pour répondre à 24 des 43 besoins ou problèmes exprimés dans les milieux. Les critères utilisés pour évaluer la qualité des activités d'éducation sanitaire sont: proposition d'apprentissages au niveau des connaissances et des habiletés; références aux préoccupations actuelles et possibilité d'utilisation à court terme. Nous avons évalué la conformité des activités d'éducation sanitaire aux critères de qualité pour chacun des besoins concernés. Le tableau qui suit illustre cette évaluation. Les besoins sont présentés selon les services de garde où ils ont été exprimés--v.g. garderies populaires (pop. 1, 2, 3); garderies et pré-maternelles à but non lucratif (bnl 1, 2, 3).

L'analyse révèle que tous les apprentissages proposés tiennent compte des préoccupations actuelles des gens des services de garde. Cela n'est sûrement pas étranger au fait que ce sont eux qui ont exprimé les besoins et/ou qu'ils ont participé au choix des besoins prioritaires.

TABLEAU V

CONFORMITE DES ACTIVITES D'EDUCATION SANITAIRE AUX CRITERES DE QUALITE
SELON LES BESOINS OU LES PROBLEMES EXPRIMES DANS LES SERVICES

Besoins ou problèmes exprimés dans les services		Activités d'éducation sanitaire			
		apprentissages		références aux préoccupations actuelles	possibilité d'utilisation à court terme
		connaissances	habiletés		
Comportement "problème"	bnl 2	X	X	X	X
Sécurité	bnl 3	X	-	X	X
Premiers soins	bnl 2	X	X	X	-
	bnl 1	X	X	X	-
Dépistage (auditif et visuel)	pop 1	X	-	X	-
	bnl 2	X	-	X	-
	bnl 1	X	X	X	-
Hygiène dentaire	pop 1	X	X	X	?
	bnl 3	X	X	X	?
Enseignement santé	bnl 1	X	-	X	X
	bnl 2	X	X	X	X
Nutrition	pop 1	X	-	X	X
	pop 2	X	-	X	X
	pop 3	X	-	X	X
	bnl 3	X	-	X	X
Hygiène des lieux	pop 1	X	-	X	X
	pop 2 ^a	X	-	X	X
	pop 2 ^b	X	-	X	X
	bnl 3	X	-	X	X
Hygiène corporelle	pop 3	X	-	X	X
Maladies conta- gieuses	pop 2	X	-	X	-
	bnl 1	X	X	X	-
	pop 3	X	X	X	X
	bnl 3	X	-	X	-

Toutes les activités proposent des apprentissages au niveau des connaissances. Par contre, seulement neuf (37.5%) proposent conjointement des acquisitions d'habiletés. L'accent est nettement mis sur les connaissances.

Nous étions pourtant toutes d'accord pour délaisser le modèle rationaliste; nous étions pourtant toutes sensibilisées au fait que nos interventions, pour permettre aux gens des garderies d'obtenir du pouvoir, devaient leur offrir l'occasion d'acquérir conjointement des connaissances et des habiletés. Avec du recul nous constatons que nous n'avons pas appliqué ce principe andragogique à nos propres besoins. En effet, nous avons réalisé que nous avons acquis des connaissances mais peu d'habiletés concernant les méthodes d'éducation sanitaire relatives aux habiletés: nous avons donc peu de pouvoir, peu de possibilité d'action. Il aurait été opportun que le groupe se donne cette formation. Une des intervenantes a d'ailleurs proposé au groupe de travailler ensemble ce type de méthode d'éducation sanitaire lors des prochaines rencontres.

Les apprentissages étaient, avec certitude, utilisables à court terme dans 58.7% des situations: ils répondaient à des besoins présents et l'environnement était favorable à

l'utilisation des apprentissages. Dans les autres situations, l'utilisation à court terme était impossible, incontrôlable ou demeurait dans le domaine des possibilités sans être certaine. Par exemple, les tests auditifs et visuels ne pouvaient pas être utilisés immédiatement: le délai entre l'expression du besoin et l'activité a eu pour conséquence que les apprentissages ont eu lieu trop tard, à la veille de la période de vacances; l'utilisation des apprentissages faits par les enfants lors de la visite de la clinique dentaire a été jugée incontrôlable puisqu'elle est relative aux prochaines visites de l'enfant chez le dentiste; enfin les activités relatives aux premiers soins et aux maladies contagieuses répondaient à des problèmes éventuels dont l'incidence est très variable et ce, malgré que les activités de premiers soins aient eu pour objet des accidents mineurs et fréquents.

Bien que nous n'ayons pas appliqué tous les principes de l'action communautaire, nous pouvons quand même tirer les conclusions suivantes.

Le fait de s'acculturer au milieu a favorisé une attitude non professionnaliste chez les intervenants du projet exploratoire.

La participation de la population concernée à la définition des besoins ou des problèmes de santé des enfants et à l'ancrage dans le vécu des services de garde a favorisé l'application de deux principes andragogiques: apprentissages référant à des préoccupations actuelles et utilisables à court terme.

Contrairement à ce que nous nous attendions, la participation des gens des garderies à la définition des problèmes ou des besoins de santé et à l'application des réponses n'a pas conduit à des demandes portant sur les divers aspects de la santé, ni à des interventions de type socio-politique et ni à l'acquisition conjointe de connaissances et d'habiletés lors du projet exploratoire. Cette situation d'une part révèle que le changement de l'image de l'équipe de santé communautaire ne pourra se faire qu'en passant par une démonstration pratique de leurs compétences dans le domaine de la santé globale. Nous croyons que cela suppose: que ces équipes devraient s'impliquer activement dans l'étude des facteurs qui influencent la santé globale, et dans la recherche des solutions appropriées; qu'une approche systémique des besoins de santé devrait être réalisée (v.g. action de concert avec les diverses ressources communautaires); que ces équipes

devraient prendre position au niveau social et politique, et qu'elles devraient développer et appliquer les stratégies correspondantes. D'autre part, nous devons reconnaître que les intervenantes qui ont participé au projet exploratoire ont besoin de faire des apprentissages au niveau des méthodes et des techniques d'éducation sanitaire pour se sortir du modèle rationaliste.

2. Groupe de travail

L'évaluation du groupe de travail comme méthode d'apprentissage efficace pour permettre aux professionnels de la santé de se donner la formation requise à la nouvelle tâche à accomplir est faite à partir des données recueillies à l'aide du "Questionnaire sur le travail de groupe" (cf. Questionnaire sur le travail de groupe, appendice 4, p. 167).

Huit questionnaires ont été distribués aux membres du groupe Collectif, au mois de juin 1981, après la discussion structurée (en qualité de chercheuse nous nous sommes abstenue de répondre au questionnaire). La réponse au questionnaire est individuelle et anonyme. Afin d'assurer l'anonymat, la lecture des réponses a suivi le retour des huit

questionnaires et toutes les réponses sont transmises au masculin.

Dans un premier temps, nous présentons une compilation des réponses au questionnaire. Dans un deuxième temps, nous évaluons l'efficacité de cette méthode d'apprentissage pour le Collectif garderies.

a) Compilation des réponses au questionnaire. - Pour effectuer la compilation nous nous inspirons du chapitre six de l'ouvrage de Gilles Ferry: "L'expérience jugée par les élèves".¹

1° Appréciation générale. C'est à l'unanimité que les membres du groupe ont jugé la méthode "utile et à maintenir". Tous ont justifié leur réponse. La moitié des participants présentent un seul argument comme les y invitait la question; trois répondants ont donné deux arguments et un en a présenté quatre. Les arguments notés en faveur du travail de groupe se rapportent principalement à la dynamique que crée le groupe; les autres touchent la composition du groupe, la relation entre la méthode et la tâche à accomplir et, plus

¹Ferry, La pratique du travail en groupe, p. 119-139.

globalement, la satisfaction retirée. Enfin, tout en plaidant en faveur de la méthode, deux membres du groupe ont exprimé des réserves.

. Dynamique d'un groupe de travail - L'efficacité de la méthode est soulignée par trois participants; on relie l'efficacité à l'échange et au partage réalisé dans le groupe: "L'expérience et la compétence de chacun des membres du groupe donnent une force, un élan, un support extraordinaire." "Le partage d'information et d'expériences amène très souvent de meilleures décisions qui, par effet d'entraînement, amènent une meilleure intervention." "Cette méthode stimule un éventail plus complet et varié d'interventions et permet économie de temps par le partage des tâches."

Les apprentissages évoqués par deux participants sont aussi reliés au partage: "Le travail de groupe nous a appris à partager nos idées et à respecter les idées des autres." "On apprend plus en partageant les connaissances en groupe que si on suivait un cours conventionnel."

. Composition du groupe - Le travail de groupe a été l'occasion d'une expérience de coopération et de

solidarité entre des travailleurs de la santé de différents niveaux: DSC, CLSC et modules. Un des membres du groupe l'a souligné: "Le travail de groupe a permis un rapprochement entre les intervenants et les personnes de la planification." Ce même aspect a été reconnu lors de la réunion d'évaluation du Collectif (cf. appendice 9, p. 181).

. Relation entre la méthode et la tâche à accomplir - Un des membres dit: "Pour les buts que nous poursuivions c'était la meilleure façon de fonctionner."

. Satisfaction - Un des participants qualifie le groupe de travail d'"expérience enrichissante". Un autre note: "Le travail est plus agréable et plus valorisant."

. Réserves - Deux participants, tout en évaluant positivement la méthode, ont exprimé des réserves: "L'échange a été enrichissant et stimulant malgré que j'ai trouvé cela difficile au début."; cela "rend le travail plus intéressant et plus efficace à la condition que les membres de l'équipe veuillent travailler ensemble, s'y sentent bien, soient reconnus à part entière et soient prêts à dialoguer".

2° Bénéfices personnels retirés de l'expérience. Les sept questions fermées visant à évaluer les bénéfices personnels perçus se rapportent aux apprentissages pouvant être effectués dans le groupe de travail. Elles sont suivies d'une question ouverte complémentaire. Le tableau qui suit illustre la répartition des réponses aux questions fermées.

La question ouverte a permis à cinq des participants d'exprimer d'autres bénéfices perçus ou apprentissages réalisés. Deux considèrent que le travail en groupe leur a donné l'occasion de créer des liens avec les membres participants. Les autres ont dit que le travail en groupe leur avait donné l'occasion: de connaître de nouvelles personnes ressources; d'être sécurisé face à une nouvelle démarche; de faire une réflexion personnelle sur son aptitude au travail d'équipe.

3° Thèmes éclairés par le travail en groupe. Tous les participants ont répondu à cette question ouverte. Deux ont donné 3 réponses; trois, 2 réponses et deux, 1 réponse pour un total de 17 réponses. Toutes les réponses sont reliées au mandat. En voici le contenu et la fréquence:

TABLEAU VI

REPARTITION DES REPONSES SELON LES APPRENTISSAGES
EFFECTUES AU SEIN DU GROUPE DE TRAVAIL

APPRENTISSAGES	REPONSES					
	Oui		Non		Abstention	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1. Connaissances	8	100	0	-	0	-
2. Intérêts nouveaux	5	62.5	1	12.5	2	25
3. Expression orale	2	25	5	62.5	1	12.5
4. Réflexion critique	8	100	0	-	0	-
5. Dialogue	5	62.5	0	-	3	37.5
6. Préparation de l'intervention	7	87.5	1	12.5	0	-
7. Alimentation des interventions	7	87.5	1	12.5	0	-

- Stratégie d'action communautaire: 7 fois
- Réponse aux besoins à partir de la demande de la population: 5 fois
- Rôle de l'équipe de santé communautaire: 3 fois
- Fonctionnement des garderies: 1 fois
- Réalité et vécu des intervenants: 1 fois.

4^o Le travail de groupe et les autres formes de travail.

Deux questions fermées, suivies d'une question ouverte complémentaire demandent aux participants si le temps passé au travail de groupe aurait pu être mieux utilisé, soit par des cours magistraux ou du travail personnel ou une autre forme de méthode. Sept des membres ont répondu; un s'est abstenu. Personne n'a choisi les cours magistraux ou le travail personnel comme solution de rechange au travail de groupe. Par contre, une personne a exprimé qu'elle aurait quelquefois choisi le travail personnel "quand la discussion traînait".

5^o Satisfactions et insatisfactions

1) Relativement au fonctionnement du groupe.- Six (75%) des participants ont jugé les séances de travail habituellement satisfaisantes; quatre sont "toujours" satisfaites et deux sont "quelques fois" insatisfaits. Personne ne s'est senti dépassé par la discussion. Par contre, deux

(25%) des participants ont eu l'impression que la discussion restait en deça de ce qu'ils souhaitaient. La satisfaction de la majorité est confirmée par le fait qu'un seul participant a jugé le groupe "trop peu exigeant" et que personne ne l'a jugé trop exigeant.

2) Relativement à l'intégration au groupe.- Trois personnes se sont senties isolées au début du projet. Cette impression s'exprime ainsi: "un petit peu au début"; "quelques fois au début". Une seule personne répond "oui", qu'elle s'est sentie isolée dans le groupe. Quatre répondent qu'elles n'ont pas ressenti de sentiment d'isolement.

Quant à la question portant sur les antipathies non surmontées, quatre (50%) des répondants ont dit ne pas avoir pu surmonter les antipathies alors que les quatre autres semblent y être arrivés. Notons qu'un participant juge cette question "mal tournée" et "difficile à comprendre"; il ajoute "du positif serait plus compréhensible". D'ailleurs, un des membres ayant répondu qu'il n'avait pas réussi à surmonter son antipathie ou sa réserve vis-à-vis certains membres du groupe ajoute "mais j'ai quand même vécu des moments difficiles de partage et de collaboration...". Ces deux

remarques nous laissent penser que cette question a peut-être porté à confusion. Par contre, les opinions émises au chapitre de la composition du groupe et des autres suggestions, confirment que le groupe a vécu des tensions associées aux personnalités des participants et que les conflits n'ont pas toujours été réglés.

6^e Avis et suggestions sur l'organisation du travail de groupe

1) Caractère facultatif ou obligatoire du travail de groupe.- La réponse d'un membre du groupe fait référence à l'adhésion au groupe de travail. Il fait remarquer qu'au moment où le projet exploratoire fut présenté aux intervenants pour recruter les "volontaires" on leur a laissé savoir qu'éventuellement toutes les infirmières de l'équipe de santé maternelle et infantile seraient appelées un jour à intervenir auprès des garderies; à son point de vue, l'adhésion au groupe de travail n'était pas réellement facultative.

Les réponses des autres membres font plutôt référence à chacune des rencontres; mais personne ne s'est prononcé comme tel sur le caractère facultatif ou obligatoire des réunions. Cela peut s'expliquer par le fait que les réunions

ont été planifiées au fur et à mesure par le groupe selon les disponibilités et les besoins des membres. Les avis portent sur la planification et la régularité des réunions. Quatre membres manifestent qu'ils ont apprécié la façon de fonctionner: "cela me plaisait beaucoup de fonctionner comme cela", "j'aime travailler comme cela", etc. Un participant a dit "j'apprécie les rencontres régulières car notre travail nous laisse souvent isolés". Quant à la fréquence des réunions, un participant pense "qu'il aurait pu y avoir plus de rencontres...". Enfin un autre ajoute: "plusieurs fois j'avais hâte aux réunions pour être encouragé à continuer le travail mais d'autres fois, lorsque j'avais beaucoup d'autres travaux, je trouvais cela plus difficile". Ces témoignages font ressortir que la méthode et la dynamique des réunions influencent la motivation à la participation, mais que les tâches extérieures sont aussi des facteurs qui entrent en jeu.

2) Répartition des fonctions.- Cinq (62.5%) des participants se sont prononcés sur cette question. Deux croient que les fonctions de secrétariat et d'animation devraient être assumées à tour de rôle. Trois autres pensent que le groupe doit respecter le choix des participants.

Enfin, un autre fait ressortir l'évolution du groupe face aux responsabilités à assumer: "Au début le groupe attendait tout du responsable du groupe et par la suite il est devenu plus autonome...".

3) Choix des thèmes.- Tous ont apprécié le choix des thèmes de discussion. Un des participants souligne que les plus importants étaient ceux qui se rapportaient au vécu dans les garderies. Un autre souligne que le thème "action communautaire" n'a pas été choisi par le groupe, mais suggéré par le responsable.

4) Composition du groupe.- Comme le souligne un membre, le groupe s'est formé autour de l'intérêt à participer à un projet exploratoire dans les garderies et non à partir d'affinités personnelles. Toutes les réponses mettent l'accent sur les incompatibilités qui ont été vécues ou perçues et non sur les affinités qui existaient: "j'ai senti des conflits de personnalité"; "il y avait des moments où je sentais qu'il y avait une division entre ceux [du] DSC et les intervenants". Par contre, deux participants soulignent que les incompatibilités n'ont pas empêché le fonctionnement du groupe, sauf lors d'une ou de deux rencontres.

Cinq des huit répondants déplorent le fait qu'on n'ait pas vraiment réglé ou du moins discuté de certains conflits qu'ils ont ressentis à quelques reprises dans le groupe. Que ce soit des conflits de personnalité (cf. 5.6), une perception de manque de confiance mutuelle ou encore une impression de division entre les intervenants et les membres de la planification-recherche, on est d'avis qu'il est important de régler ces questions au fur et à mesure qu'elles se présentent. On estime que cela n'a pas toujours été fait. Un des répondants suggère que les conflits de personnalité se règlent individuellement, à moins que le groupe ne s'en plaigne.

Enfin, quatre expriment leur accord avec la diversité des participants. Un souligne qu'on pourrait même favoriser cette diversité en s'associant à plusieurs types de travailleurs de la santé. Un des membres du groupe suggère qu'on forme le groupe dès le début: le fait de s'être associé de nouveaux participants en cours de route ayant créé des tensions inutiles.

5^o Rôle du responsable. Cinq des participants pensent que le responsable doit jouer un rôle d'animateur, de

cordonnateur et de facilitateur surtout au début d'un projet; cela, dans le but d'aider le groupe à progresser et à devenir autonome. Un note qu'"il est important qu'il joue franc jeu". Deux croient qu'il lui revient la responsabilité de faire respecter l'ordre du jour des réunions. Trois des participants ont exprimé de la satisfaction face au leadership du responsable. Une réponse note un aspect négatif du leadership du responsable: "au début j'aurais souhaité que ce soit plus structuré, c'est-à-dire que le responsable en sache plus que nous pour mieux diriger".

6^o Autres. Trois participants se sont prononcés sur les sujets suivants:

Prise de décision: un des participants suggère qu'on procède par majorité plutôt que par consensus; plus nuancé, un autre suggère qu'on choisisse une solution de rechange au moment où le consensus n'existe pas.

Multiplication du travail de groupe: un des participants suggère que cette forme de travail se multiplie au sein de la DSC afin que tous les niveaux d'intervenants prennent part aux décisions.

b) Evaluation de l'efficacité de la méthode d'apprentissage pour le Collectif garderies.- La méthode est jugée à partir des critères suivants: (cf. objectif 2, chapitre II, p. 43)

1. les participants la jugent cohérente avec la stratégie d'action communautaire,
2. la méthode permet au groupe de clarifier l'approche et d'être outillé pour utiliser la stratégie d'action communautaire,
3. la méthode permet une réflexion critique sur la pratique,
4. la méthode facilite la tâche (le mandat),
5. le groupe de travail permet de recevoir du support,
6. l'expérience apporte de la satisfaction.

Voyons dans quelle mesure l'utilisation du groupe de travail par le Collectif garderies répond à ces critères d'efficacité.

1^o Cohérence entre la méthode d'apprentissage et la stratégie expérimentée. Rappelons que la stratégie d'action communautaire vise la diminution des rapports de pouvoir entre la population et les intervenants. Les participants au groupe de travail ont évalué que ce dernier favorisait des relations

égalitaires et permettait un rapprochement entre les intervenants et les membres de la planification-recherche. Au chapitre de l'appréciation générale, le témoignage d'un membre du groupe confirme notre perception de cohérence entre la méthode et la tâche. Ce membre s'exprime ainsi: "pour les buts que nous poursuivions, c'était la meilleure façon de procéder".

2^o Apprentissages (clarification et outillage) relatifs à l'utilisation de la stratégie d'action communautaire. En répondant à la question ouverte sur les thèmes éclairés par le travail de groupe, spontanément sept (87.5%) des huit participants ont répondu: l'action communautaire. Pour ce qui est de l'outillage, aucune question ne porte directement sur cet aspect; nous pouvons cependant noter que tous les membres ont jugé avoir acquis des connaissances et que plusieurs témoignages portent sur l'échange enrichissant apporté par le travail de groupe. Par contre, il est important de rappeler que l'analyse de l'utilisation de l'action communautaire a révélé que certains aspects de la stratégie nous étaient restés inconnus. La réponse au questionnaire étant antérieure à la session de formation en action communautaire, les

participants n'ont pu tenir compte de cet aspect en répondant au questionnaire.

3° Réflexion critique sur la pratique. Une des questions (cf. question n° 3) portait directement sur cet apprentissage. C'est à l'unanimité que les membres du Collectif garderies ont jugé que le travail de groupe avait permis une réflexion critique sur la pratique.

4° Facilitation de la tâche. Deux questions fermées (cf. question n° 3) demandaient aux participants si le groupe de travail leur avait permis de préparer l'intervention et de l'alimenter. Sept des huit intervenants répondent "oui"; par contre, le membre qui a répondu "non" note qu'il n'est pas concerné directement par l'intervention dans le milieu. Nous pouvons conclure qu'il ne s'agit pas d'un intervenant, et que contrairement aux deux autres participants non intervenants, il s'est placé d'un point de vue personnel pour répondre à cette question.

5° Support mutuel au sein du groupe. Les réponses au questionnaire mettent en lumière que des expériences de solidarité et de support ont été vécues au sein du groupe nonobstant les incompatibilités et les conflits. La même image

émerge de la "discussion structurée". Les participants parlent en termes "d'échanges mutuels", d'"effet dynamisant du groupe" et "des rencontres de groupe qui donnent du support...".

Enfin, le témoignage d'un membre du Collectif exprime clairement que le travail de groupe a favorisé un échange de support au sein du groupe: "l'expérience et la compétence de chacun des membres du groupe donnent une force, un élan, un support extraordinaire".

6° Satisfaction retirée de l'utilisation du groupe de travail comme moyen d'apprentissage. Il est manifeste que tous les participants (à des degrés différents, peut-être) ont retiré de la satisfaction de cette expérience. A la question se rapportant à leur impression générale sur le principe du groupe de travail, rappelons que tous ont jugé la méthode "utile" et "à maintenir". Les raisons invoquées sont, entre autres, que "le travail est ainsi plus agréable et plus valorisant"; que le "travail est plus intéressant" et que les "échanges sont intéressants". Par contre, des insatisfactions ont aussi été exprimées. Au niveau du fonctionnement du groupe quelques participants ont jugé que les discussions traînaient parfois en longueur, que le niveau de discussion était faible

et que le groupe n'était pas assez exigeant. Ces insatisfactions peuvent s'associer au fait que le mode de fonctionnement du groupe comptait d'abord sur la spontanéité des participants. Plusieurs témoignages et une recommandation portent sur la nécessité de définir et répartir les fonctions (conduite de la réunion, secrétariat de séance, etc.)... ce qui n'avait pas été fait dans notre groupe.

Cinq des membres ont exprimé de l'insatisfaction relativement aux conflits (reliés aux personnalités et aux niveaux de pouvoir) qui ont surgi au sein du groupe. Ces conflits étaient probablement inévitables étant donné la composition de notre groupe: association par intérêt et non par affinité; différence de niveau hiérarchique entre les participants. L'insatisfaction semble être relative au fait que nous n'ayons pas tenté de régler certains conflits puisque ces cinq membres disent avoir souhaité discuter des conflits et tenter de les régler.

Le fait d'associer des gens des équipes de la planification-recherche et des intervenants semble avoir engendré une dynamique dont les effets sont contradictoires: cela a permis de créer des liens entre deux niveaux de

travailleurs de la santé, d'enrichir l'interaction entre les membres du groupe; mais cela a parfois favorisé l'exercice du pouvoir. En étudiant la stratégie d'action communautaire, les participants avaient reconnu l'existence des relations de pouvoir tant au niveau de la relation intervenants-population qu'au niveau du groupe que nous formions. L'utilisation du groupe de travail comme moyen d'apprentissage et de fonctionnement avait pour but de se donner des conditions de travail qui permettent la diminution des relations de pouvoir. Bien qu'il ait parfois favorisé l'exercice de pouvoir, le groupe de travail a quand même atteint partiellement son but puisque des relations de solidarité et d'échange se sont établies.

En résumé, le groupe de travail, tel qu'utilisé par le Collectif garderies, s'est avéré une formule de formation en cours d'emploi valable: les participants ont jugé l'expérience d'auto-formation et d'échange très satisfaisante--bien qu'il aurait été opportun que le groupe clarifie davantage les règles du jeu; l'utilisation de cette méthode a permis aux participants de faire un minimum

satisfaisant d'apprentissages relatifs à la tâche à accomplir auprès des milieux de garde; enfin, le groupe de travail a créé un lieu d'échange où les participants avaient régulièrement l'occasion de se donner du support (moral et technique) et de faire une analyse critique de leur pratique.

CONCLUSION

L'expérience réalisée avec le Collectif garderies visait une réconciliation entre la théorie et la pratique dans le domaine de la santé communautaire. Bien que la pratique auprès des milieux de garde n'ait pas été en parfait accord avec les théories valorisées dans le domaine de la santé communautaire et de l'éducation, nous croyons que l'expérience du Collectif garderies constitue un pas en avant dans cette difficile conquête. En effet, les hypothèses d'action se vérifient dans la pratique: ce n'est qu'en posant des gestes pratiques que nous pouvons évaluer leurs forces et leurs faiblesses. Ainsi les résultats qui ressortent de l'expérience du Collectif garderies nous donnent prise sur certains acquis et orientent la formulation de nouveaux objectifs.

Voyons les conclusions que nous pouvons tirer de l'utilisation faite par le Collectif garderies de l'action communautaire, comme stratégie d'intervention et du groupe de travail comme méthode de formation. Suivront quelques réflexions

sur l'utilisation de la recherche action comme méthodologie de recherche.

L'utilisation faite par le Collectif garderies de l'action communautaire comme stratégie d'intervention a permis d'atteindre les résultats positifs suivants: des relations de collaboration et de solidarité se sont développées entre les professionnels de la santé et les gens des garderies; les interventions réalisées par les travailleurs de la santé communautaire ont permis aux gens des garderies de faire des apprentissages qui correspondaient aux préoccupations immédiates de ces derniers et qui étaient, pour la plupart, utilisables à court terme.

Quelques composantes se dégagent des interventions du Collectif garderies dans les divers milieux de garde:

1. Il est important pour l'équipe de santé communautaire d'établir sa crédibilité auprès des gens concernés. L'intervention associée le plus tôt possible à l'identification d'un besoin ou d'un problème, favorise l'établissement de la crédibilité,
2. il est difficile d'être à la fois ressources actives et crédibles tout en prenant le temps de s'acculturer au milieu et de faire les apprentissages relatifs à un nouveau rôle et à un nouveau type d'intervention. Les membres des équipes de santé communautaire comme la population concernée ont besoin de faire ensemble

de nouveaux apprentissages au cours desquels ceux-là peuvent se sentir inutiles et ceux-ci avoir l'impression de perdre du temps.

Par contre, telle qu'utilisée, la stratégie d'action communautaire n'a pas conduit à centrer la majorité des interventions sur l'aspect global de la santé ni à entreprendre des actions explicites au niveau de l'environnement social et politique. Ces constatations nous invitent à proposer pour la pratique à venir, les suggestions suivantes:

1. Les équipes de santé communautaire pourraient intensifier leurs recherches et leurs interventions sur les facteurs relatifs à la santé globale,
2. les équipes de santé communautaire pourraient prendre position au niveau socio-économique même si la population ne leur formule pas explicitement de telles demandes, car ce n'est qu'en posant des actions concrètes et pratiques qu'ils changeront leur image auprès de la population et établiront leur crédibilité dans ce domaine.

Pour être fidèle à la stratégie d'action communautaire, le développement de ces facettes du rôle de l'équipe de santé communautaire devra se faire de concert avec la population concernée et avec les diverses ressources régionales et sous-régionales concernées.

L'utilisation du groupe de travail comme méthode de fonctionnement et d'apprentissage pour les travailleurs de la

santé communautaire conduit aux conclusions suivantes:

1. Le groupe de travail est une formule de formation en cours d'emploi qui peut servir avantageusement de complément à d'autres formes d'activités de formation,
2. l'association de travailleurs des divers niveaux de la santé communautaire dans les groupes de travail favorise les relations d'entraide entre ces travailleurs.

Sans éclipser les autres méthodes de formation en cours d'emploi, le groupe de travail offre une formule complémentaire riche de possibilités. En effet, tel qu'utilisé (comme groupe de tâche et comme groupe d'apprentissage) le groupe de travail fut un lieu de partage de connaissances, d'habiletés, de difficultés et de plaisirs relatifs à l'intervention dans les garderies; les apprentissages offraient donc l'avantage d'être reliés directement à la pratique et d'être utilisables à court terme. Les rencontres régulières des participants offraient l'occasion d'échanger sur la pratique et d'en faire une analyse critique; ce dernier point nous apparaît essentiel pour éviter une dichotomie entre la théorie et la pratique en santé communautaire. D'autre part, l'association des membres de l'équipe de planification-recherche de la DSC aux membres des équipes d'intervention dans un groupe de travail (c'est-à-dire un groupe dans lequel les relations sont égalitaires, où les

participants tout en partageant un même intérêt sont à la fois aidants et aidés) a permis de diminuer les relations de pouvoir entre les participants et a resserré les liens entre les travailleurs des divers niveaux de la santé communautaire impliqués dans le Collectif garderies.

Enfin l'évaluation de l'utilisation de la stratégie d'action communautaire et du groupe de travail a aussi mis en lumière que les participants avaient à faire des apprentissages au niveau de la stratégie d'action communautaire et des méthodes et techniques d'éducation sanitaire relatives à l'acquisition d'habiletés. Le besoin relatif aux méthodes et techniques d'éducation sanitaire étant possiblement commun à plusieurs travailleurs de la santé communautaire, nous suggérons aux équipes d'explorer et d'expérimenter de telles méthodes. Idéalement, l'expérimentation pourrait faire l'objet de futures recherches en santé communautaire.

Un retour sur l'utilisation que nous avons faite de la recherche action comme méthodologie de recherche fait ressortir que la poursuite de deux objectifs n'a pas contribué à simplifier la recherche action; celle-ci étant déjà complexe par son point d'ancrage. En effet, nous avons choisi

d'appréhender la réalité telle qu'elle est vécue, c'est-à-dire par une équipe qui se donne de la formation et intervient auprès des gens des garderies. Poursuivie dans le foisonnement de l'expérience qui touchait l'auto-formation des membres des équipes de santé communautaire et leur intervention auprès des milieux de garde, la recherche aurait sans doute gagné en profondeur si elle s'était limitée à un objectif plus restreint. Cependant le choix avait été de rester à l'écoute d'un ensemble multiple d'éléments.

Selon certains critères de définition de la recherche action,¹ celle-ci fait idéalement suite à une demande de la population concernée. La conjoncture dans laquelle s'est inscrite cette recherche créait une interférence de la cohérence systématique avec la recherche action: en effet c'est nous qui avons proposé ce projet aux participants(tes) et non eux qui ont demandé notre collaboration. Cependant l'équipe du Collectif garderies ayant décidé de se donner les moyens de son action et de se former (pour ce faire) l'action était

¹Présentation, la recherche-action: enjeux et pratiques, dans Revue internationale d'action communautaire, vol. 5, n° 45, livraison du printemps 1981, pp. 7-9.

indissociable de la recherche et vice versa, et sous cet aspect, son caractère éducatif ressort sans équivoque.

Enfin les résultats qui ressortent de cette recherche appartiennent d'abord à ceux qui ont participé au Collectif garderies. Ces résultats leur permettent d'orienter leur pratique. En recherchant la réconciliation entre la théorie et la pratique, il était primordial d'associer les intervenants à l'opérationnalisation des diverses étapes. Cette expérience a donné prise aux participants sur le rôle de l'équipe de santé communautaire auprès des milieux de garde. Elle a permis à tous de faire des apprentissages tant sur le contenu que sur la méthode. Ces acquis, bien qu'incomplets, nous permettront d'y ancrer de nouveaux apprentissages relatifs, entre autres, à l'action communautaire, au groupe de travail et à la recherche action.

Bien que les résultats obtenus ne soient pas généralisables, nous espérons qu'ils pourront servir d'amorce de réflexion ou de points de départ pour d'autres travailleurs de la santé communautaire.

BIBLIOGRAPHIE

- Bernard, Jean-Louis, L'apprenant adulte, Cahier d'andragogie, La Librairie de l'Université de Montréal, 1980-1981, 118 p.
- Best, John W., Research in Education, Englewood Cliffs, New-Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1977, xii-403 p.
- Bouchard, Jeannine et Leduc, Odette, Evaluation Projet-Pilote en garderie, DSC du CH Charles-Lemoyne, juin 1978, 6 p.
- Breton, J.J. et Sabatier, C., Psychiatrie du jeune enfant: une expérience de quatre ans dans une garderie, dans Revue de Neuropsychiatrie infantile, vol. 25, n^o 5-6, livraison de mai-juin 1977, p. 311-318.
- The Canadian Council on Social Development, Day-Care: Growing, Learning, Caring, Ottawa, The Canadian Council on Social Development, 1973, 56 p.
- Chang, Albert, Health Services Needs of Children in Day Care Centers, dans American Journal of Public Health, n^o 68, 1978, p. 373-377.
- Le Collectif de Boston pour la santé des femmes, traduit de l'américain par un collectif français de traductrices, Nos enfants, nous-mêmes, Paris, Albin Michel, 1978, 284 p.
- Comité de la petite enfance, Proposition pour une politique de services à la petite enfance, Montréal, Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain (CSSSRMM), 1976, 101 p.
- Comité interministériel sur les services d'accueil à la petite enfance, Rapport, Québec, Editeur officiel du Gouvernement du Québec, février 1978, 126 p.

- Crow, Gary A., Children at Risk, New York, Schocken Books, 1978, 280 p.
- Cvejic, Helen, Paderzoli, Vera et Smith, Anne, The Evolution of a Team Approach to a Kindergarten Screening Program, dans Canadian Journal of Public Health, vol. 68, livraison de mars-avril 1977, p. 165-168.
- De Landsheere, Gilbert, Introduction à la recherche pédagogique, Paris, Armand Colin-Bourrellier, 1966, 212 p.
- Doyle, A.B., Incidence of Illness in Early Group and Family Day Care, dans Pediatrics, vol. 4, n° 58, livraison d'octobre 1976, p. 607-613.
- Dufresne-Tassé, Colette, L'apprentissage adulte, essai de définition, Montréal, Paris, Editions Vivantes, 1981, 30 p.
- _____, Les tours de main de l'enseignement aux adultes, Montréal, Paris, Editions Vivantes, 1981, 30 p.
- Ferry, Gilles, La pratique du travail en groupe, Paris, Dunod, 1970, 257 p.
- Forget, Gilles, Evaluation du programme de surveillance de la santé des enfants de 2-5 ans en milieu de garderies, Hôpital du Sacré-Cœur, Département de santé communautaire, sept. 1979, 50 p.
- Forgues, Monique, Programme de santé à l'intention des enfants et du personnel des garderies, Québec, Service de garderie, MAS, mars 1977, 25 p.
- Freire, Paulo, traduit du brésilien, L'éducation: pratique de la liberté, Paris, Les éditions du Cerf, 1971, 155 p.
- Grever, E., A Health Screening Project for Children in Pre-school Programs, dans Pediatric Nursing, vol. 2, n° 5, livraison de septembre-octobre 1976, p. 15-18, 21-22.
- Grivu, O.E., Mecher, E., Ardelean, A., et al., Possibilities of Dental Prophylaxis in Day Nurseries, dans Review of Pediatrics, Obstetric and Gynecology (Pediatry), vol. 25, n° 3, livraison de juillet-septembre 1976, p. 249-251.

- Jeliu, Gloria, Priorités actuelles en pédiatrie, Texte d'une conférence prononcée en 1975.
- Knowles, Malcolm S., The Adult Learner: A Neglected Species, Houston, Gulf Publishing Co., 1973, vii-198 p.
- Lakin, Jean A., Anselmo, Sandra et Solomons, Hope C., Development of a Minor Illness Inventory for Children in Day Care Centers, dans American Journal of Public Health, vol. 66, n° 5, livraison de mai 1976, p. 487-488.
- Le Boterf, Guy, La recherche participative, dans Education permanente, n° 53, livraison de juin 1980, p. 21-46.
- Leduc, Odette, Projet-Pilote en Garderie, Département de Santé communautaire du CH Charles Lemoyne, avril 1977, 6 p.
- Leseman, Frédéric, Stratégies d'intervention auprès des individus et des collectivités: l'action communautaire, dans Les cahiers de santé communautaire, Association pour la Santé publique du Québec (éd.), Cahier 2, Québec, livraison de juin 1979, p. 44-49.
- Nadeau, Robert, Michel Foucault ou le dévoilement impitoyable, dans Critère, n° 13, La santé (n° 1), livraison de juin 1976, p. 187-195.
- O'Neill, Michel, La modification de comportements reliés à la santé: revue de la littérature théorique et suggestions pour l'organisation de programmes de santé communautaire, dans L'Union médicale du Canada, vol. 109, n° 5, 1980, p. 733-742, et vol. 109, n° 6, 1980, p. 921-928.
- _____, Santé communautaire et communauté: de l'influence de deux conceptions de la communauté sur les interventions québécoises en éducation sanitaire, dans Les cahiers de santé communautaire, Association pour la Santé publique du Québec (éd.), Cahier 2, Québec, livraison de juin 1979, p. 18-31.

- O'Neill, Michel, Vers une problématique de l'éducation sanitaire au Québec, Thèse de maîtrise en sociologie présentée à l'Université Laval, 1977, publiée par la Librairie de l'Université de Montréal, 1979-1980, v-122 p.
- Pages, Max, La vie affective des groupes, Paris, Dunod, 1968, 508 p.
- Pineault, Raynald, Éléments et étapes d'élaboration d'un programme en santé communautaire, dans L'Union médicale du Canada, vol. 109, n° 8, livraison d'août 1976, p. 1204-1214.
- Pomerleau, Monique, Etude des effets d'un programme de prévention sur la santé des enfants dans une garderie privée, Mémoire de maîtrise en Nursing présenté à l'Université de Montréal, août 1976.
- Présentation, la recherche-action: enjeux et pratiques, dans Revue internationale d'action communautaire, vol. 5, n° 45, livraison du printemps 1981, p. 7-9.
- Reissman, How Does Self-Help Work?, dans Social Policy, vol. 7, n° 2, livraison de septembre-octobre 1976, p. 41-45.
- Renaud, Marc, L'action socio-politique comme stratégie d'intervention en santé communautaire, dans Les Cahiers de santé communautaire, Association pour la Santé publique du Québec (éd.), Cahier 2, Québec, livraison de juin 1979, p. 32-43.
- Rochon, Jean, La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux, dans L'Annuaire du Québec 1975-76, Editeur officiel du Québec, p. 470-480.

- Rousse, Bernard-François et Fotinas, Constantin C., Le Café-école, Vers une libération systémique de l'acte d'apprendre, Université de Montréal, Groupe d'études sur les systèmes ouverts en éducation, Série: Rapport, n° 3, août 1980, 73 p.
- Smith, Anne B. et Newcombe, Pénélope, Collaboration in Behavior Modification in a Day Care Center, dans Child Welfare, vol. LV, n° 5, livraison de mai 1976, p. 357-364.
- Somers, Ann, éditeur, Health Promotion and Consumer Health Education, New York: Prodist, 1976, p. 3, cité par Michel O'Neill, La modification de comportements reliés à la santé: revue de la littérature théorique et suggestions pour l'organisation de programmes de santé communautaire, dans L'Union médicale du Canada, vol. 109, n° 5, p. 733-742, et vol. 109, n° 6, p. 921-928.
- Templeton Brownlee, Ann, Community, Culture, and Care, Saint-Louis, The C.V. Mosby Company, 1978, xvii-297 p.
- Travers, Robert M.W., éditeur, Second Handbook of Research on Teaching, Chicago, Rand McNally College Publishing Company, 1973, 1400 p.

APPENDICE 1

COLLECTIF GARDERIES

GRILLE DE BESOINS (version finale)

NOM: _____

GARDERIE: _____

1. Description du besoin:

2. Date de la première expression du besoin:

3. A) Le besoin est-il d'ordre:

☐ (i) physique☐ (ii) mental☐ (iii) social☐ (iv) environnemental☐ (v) autre (préciser): _____

B) Le besoin est-il:

___ (i) individuel

___ (ii) du groupe

4. Qui a exprimé le besoin?

Combien

___ (i) parent

___ (ii) moniteur

___ (iii) enfant

___ (iv) infirmière

___ (v) direction de la garderie

___ (vi) collectif

___ (vii) autre (préciser): _____

5. Est-ce que la (les) personne(s) qui a (ont) ressenti le besoin ou perçu le problème est (sont) celle(s) qui l'a (ont) exprimé?: _____

- Sinon, qui l'a ressenti ou perçu?

6. Objectif global de l'action ou des actions entreprises(s) par rapport à ce besoin:

7. Décrire les objectifs concrets et spécifiques fixés par vous et/ou la garderie par rapport à ce besoin:

8. Démarches:

9. Quel a été le rôle que l'infirmière a joué dans la garderie?

- dans les discussions: _____

- dans les prises de décision: _____

- dans l'exécution des actions: _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

12. Résumer votre évaluation des résultats obtenus:

___ (i) objectifs atteints

___ (ii) objectifs partiellement atteints

___ (iii) objectifs non atteints

- Expliquez: _____

13. Pensez-vous que votre évaluation correspond à celle des gens de la garderie?

- Expliquez: _____

NOM: _____

GARDERIE: _____

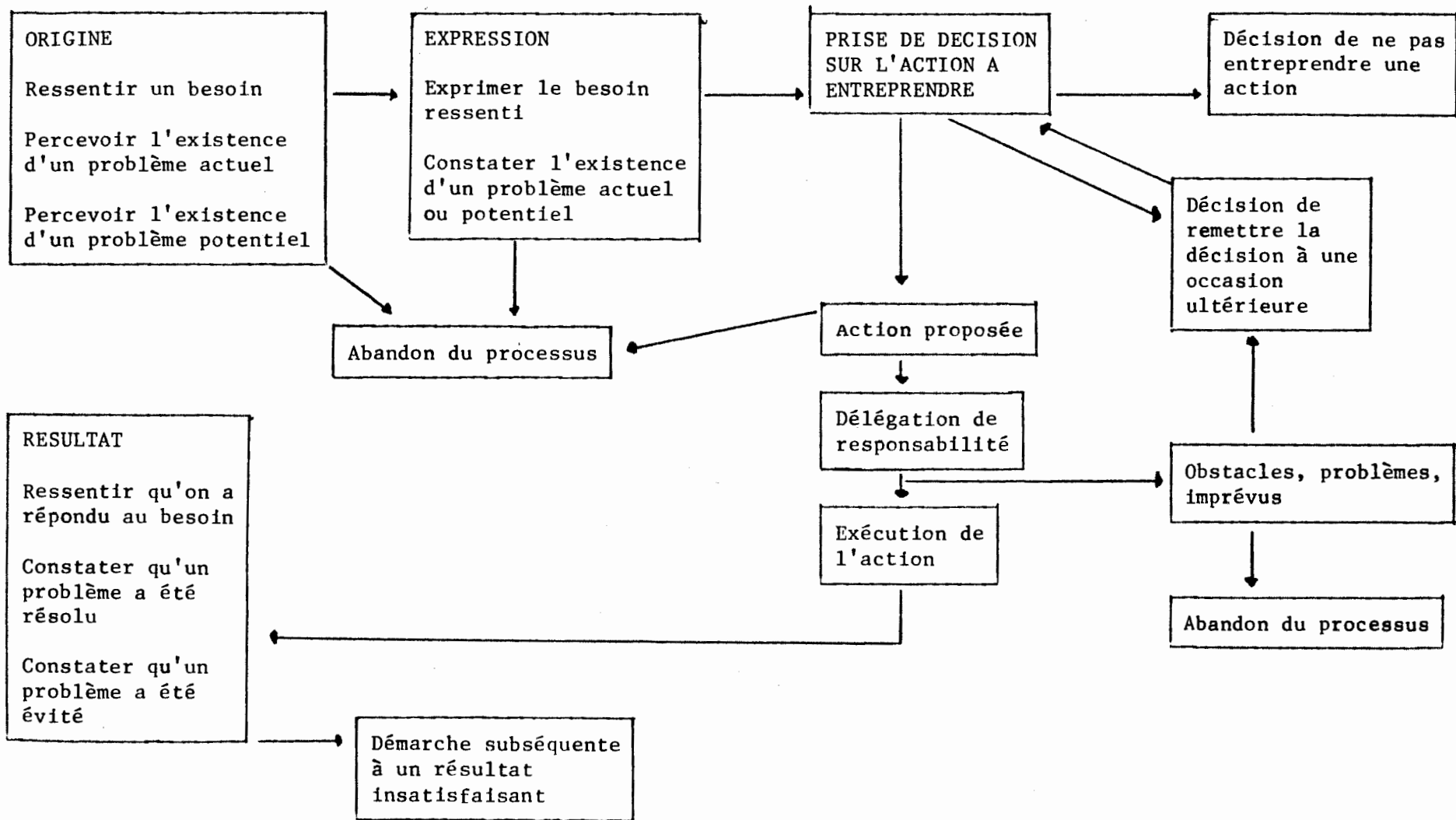
1. Avez-vous perçu des besoins qui n'ont pas été exprimés par les gens de la garderie?

- Si oui, lesquels: _____

APPENDICE 2

COLLECTIF GARDERIES

ETAPES D'INTERVENTION



APPENDICE 3

SYNTHÈSE DES DONNÉES COLLIGÉES
À L'AIDE DE LA GRILLE DE BESOINS

COLLECTIF GARDERIES 1981

DESCRIPTION DU BESOIN	GARDERIE	QUI L'A EXPRIME	DEMARCHES & RESULTATS	ROLE DE L'INFIRMIERE	EVALUATION	COMMENTAIRES
1) INTERVENTIONS FACE AU COMPORTEMENTS DES ENFANTS.						
Demande d'aide pour un enfant avec un problème de comportement et demande de formation pour les moniteurs face à des problèmes chez les enfants.	POP 2	Moniteurs	Contact avec le Département de Psychiatrie à Sainte-Justine / rencontre avec psychologues à la garderie.	Agent de liaison, animateur, organisateur.	Objectifs atteints (contact fait avec personne-ressource, enfant a de l'aide).	A suivre pour améliorer le travail des moniteurs et des personnes ressources.
Moniteurs mal à l'aise face aux enfants qui parlent en riant de leurs organes génitaux, le sexe, etc.	BNL 2	Moniteurs	Pas poursuivi / Manque de temps et considéré moins important.			
Demande d'aide pour intervenir avec quelques enfants "problème".	BNL 2	Moniteurs	Clarification du besoin, observation des enfants, contact avec le Département de Psychiatrie. Un psycho-éducateur va à la garderie chaque semaine pour discuter observations, problèmes, solutions.	Agent de liaison, animateur, organisateur.	Trois groupes de travail formés / dans 2 groupes les objectifs sont atteints. Dans le troisième, il reste des problèmes.	Le succès varie de groupe en groupe.
Demande d'information sur relations harmonieuses entre enfants et entre enfants et moniteurs / un enfant "problème".	BNL 1	Moniteurs	Contact avec d'autres organismes / ressources trouvée.	Agent de liaison.	Personne-ressource trouvée / objectifs atteints	

DESCRIPTION DU BESOIN	GARDERIE	QUI L'A EXPRIME	DEMARCHES & RESULTATS	ROLE DE L'INFIRMIERE	EVALUATION	COMMENTAIRES
2) SECURITE						
Demande d'information sur la sécurité à la maison et à la garderie.	POP 2	Parents, moniteurs	Les gens de la garderie se sont pris en charge.			
Sécurité à la piscine	BNL 1	Moniteurs	Pas retenu comme priorité / abandonné			
Moniteurs ne voulaient pas donner des aspirines et des antibiotiques tel que demandé par les parents.	BNL 3	Moniteurs	Discussions, documentation. Conseil donné: de refuser de donner les aspirines et de trouver une façon plus facile et plus sûre de donner les antibiotiques.	Personne-ressource	Objectifs atteints pour aspirines. Pour antibiotiques, résultat inconnu.	
Les enfants se servaient des ciseaux pointus.	POP 3	Infirmières	Infirmière les a conseillé d'enlever ces ciseaux.	Personne-ressource	Résultat inconnu.	
3) RESSOURCES						
Demande d'une liste de références, ressources, consultants, etc.	POP 1	Moniteurs	Le cahier de ressources n'a pas été fait à cause du manque de temps. Le numéro du P.S.C. a été laissé en cas de besoin.	Animateur	Objectifs partiellement atteints.	Une tentative a été faite pour que les gens de la garderie participent à l'élaboration d'un cahier de ressources mais la participation n'a pu être obtenue.

DESCRIPTION DU BESOIN	GARDERIE	QUI L'A EXPRIME	DEMARCHES & RESULTATS	ROLE DE L'INFIRMIERE	EVALUATION	COMMENTAIRES
4) PREMIERS SOINS						
Demande d'un cours de l'Ambulance St-Jean.	POP 1	Moniteurs	L'infirmière est allée chercher de l'information à l'Ambulance St-Jean et l'a remise aux moniteurs / rien ne s'est passé.	Agent de liaison.	Rien ne s'est passé. Objectifs non atteints.	
Demande de formation du personnel en premiers soins.	POP 2	Parents	L'infirmière est allée chercher de l'information à l'Ambulance St-Jean. Les gens ont décidé qu'ils voulaient que ce soit l'infirmière qui leur fournisse l'information et la formation.	Personne-ressource, agent de liaison.	La formation est à faire et l'infirmière ne se sent pas assez préparée pour la donner. Objectifs non atteints.	
Demande d'information sur les situations d'urgence / premiers soins, sécurité des lieux.	BNL 2	Moniteurs	L'infirmière a donné un cours sur les premiers soins et de l'information sur la prévention des accidents.	Personne-ressource	Objectifs atteints	Suivi serait souhaitable pour la fiche médicale.
Demande d'enseignement sur les premiers soins/à être donné par l'infirmière.	BNL 1	Directeur	Discussions, recherches, documentation fournie, pratique et démonstration / changements dans l'environnement physique	Animateur, personne-ressource, participant à part égale.	L'information transmise / objectifs atteints.	On ne peut pas encore juger si l'enseignement sera mis en pratique.

DESCRIPTION DU BESOIN	GARDERIE	QUI L'A EXPRIME	DEMARCHES & RESULTATS	ROLE DE L'INFIRMIERE	EVALUATION	COMMENTAIRES
5) DEPISTAGE						
Demande d'information sur le dépistage auditif et visuel (A-V) / petits trucs pour observer quotidiennement les enfants.	POP 1	Moniteurs Parents	Documentation fournie, présentation, discussion et démonstration.	Personne-ressource.	Objectifs atteints	Suivi nécessaire pour la pratique des test.
Demande d'information sur le dépistage A-V.	BNL 2	Moniteurs	Documentation sur le dépistage fournie.	Personne-ressource.	Objectifs atteints	Ils auraient voulu plus d'information/ Suivi serait nécessaire pour mettre en pratique.
Donner les moyens aux moniteurs pour pouvoir faire du dépistage continu des problèmes de vision et d'audition.	BNL 1	Infirmière	Discussions et documentation sur les causes de problèmes, indices et moyens de prévention.	Personne-ressource.	Information transmise. Objectifs atteints.	A suivre pour vérifier l'application.
Demande d'apprendre des tests de visions pour les enfants.	BNL 1	Directeur	Contact avec INCA - test montré et pratiqué avec les moniteurs.	Personne-ressource.	Ils savent faire le test. Objectifs atteints.	A suivre / Ils comptent sur le D.S.C. au moment de l'administration du test.
Demande d'apprendre le dépistage A-V.	POP 3	Moniteurs Parents	Discussion au collectif - pas jugé important - abandonné			

DESCRIPTION DU BESOIN	GARDERIE	QUI L'A EXPRIME	DEMARCHES & RESULTATS	ROLE DE L'INFIRMIERE	EVALUATION	COMMENTAIRES
6) HYGIENE DENTAIRE						
Demande que les enfants visitent la clinique dentaire pour que les enfants se familiarisent avec l'endroit et les instruments.	POP 1	Moniteurs Parents	Contact avec hygiéniste dentaire du D.S.C. / visites organisées / visites faites.	Agent de liaison.	Objectifs atteints.	D'autres visites désirées.
Demande d'activités ou d'enseignement sur le brossage, dépistage, etc.	BNL 2	Moniteurs	Mentionné à la dernière réunion / pas poursuivi à cause du manque de temps.			
Demande de ressources en hygiène dentaire.	BNL 1	Moniteurs	Pas poursuivi / manque de temps			
Demande que les enfants visitent la clinique dentaire.	BNL 3	Moniteurs Directeur	Contact avec l'hygiéniste dentaire du D.S.C. / visites organisées / visites faites.	Agent de liaison	Objectifs atteints	Hygiène dentaire fera maintenant partie du programme de la garderie.
7) EXAMEN MEDICAL						
Garderie demande des examens médicaux annuels fait sur place par le D.S.C.	POP 1	Moniteurs Parents	Infirmière leur a conseillé que les parents devraient prendre en charge la santé de leurs enfants mais la garderie a trouvé un médecin pour faire les examens sur place.	Personne-ressource	Objectifs atteints Les parents n'ont pas pris en charge la santé de leurs enfants.	Les gens de la garderie considèrent que leurs objectifs sont atteints puisqu'ils ont trouvé un médecin.

DESCRIPTION DU BESOIN	GARDERIE	QUI L'A EXPRIME	DEMARCHES & RESULTATS	ROLE DE L'INFIRMIERE	EVALUATION	COMMENTAIRES
8) ENSEIGNEMENT SANTE						
Enrichir les ressources (matériel et contenu de l'enseignement santé) de la garderie.	BNL 1	Infirmière	Documentation fournie. Discussion du contenu de certaines affiches. Sensibilisation tentée sur la consommation.	Personne-ressource Animateur	Documentation reçue et utilisée. Objectifs partiellement atteints.	Sensibilisation à la consommation: difficile.
Demande de l'organisation d'une semaine santé.	BNL 3	Moniteurs Directeur	Infirmière a aidé les gens de la garderie à organiser trois journées santé sur la nutrition, l'hygiène, l'hygiène dentaire.	Personne-ressource Organisateur Animateur Agent de liaison	Objectifs atteints.	Ces sujets feront maintenant partie du programme.
9) NUTRITION						
Demande de vérification des menus afin de savoir s'ils étaient équilibrés.	POP 1	Moniteurs Cuisiniers	Les menus ont été regardé par l'infirmière.	Personne-ressource	Objectifs atteints.	
Demande de revision des menus.	POP 2	Parents Moniteurs	Rencontres entre infirmière, cuisinière, nutritionniste du D.S.C. pour faire les revisions. Suggestions faites pour modifications, changements lents et partiels.	Agent de liaison Animateur	Objectifs partiellement atteints. Certains changements qui ont été suggérés n'ont pas été mis en application.	
Demande d'information sur le végétarisme.	POP 3	Cuisinière	Contact avec nutritionniste du D.S.C. / documentation fournie.	Personne-ressource Agent de liaison	Objectifs atteints	A suivre
Collations identiques tous les jours.	BNL 3	Infirmière	Infirmière a conseillé d'ajouter de la variété, fruits & légumes aux collations. Ce conseil a été suivi.	Personne-ressource	Objectifs atteints.	

DESCRIPTION DU BESOIN	GARDERIE	QUI L'A EXPRIME	DEMARCHES & RESULTATS	ROLE DE L'INFIRMIERE	EVALUATION	COMMENTAIRES
10) HYGIENE DES LIEUX						
Besoin de ventilation dans la cuisine parce que les moniteurs y fumaient.	POP 1	Infirmière	Infirmière a suggéré qu'il y ait de la ventilation - quelqu'un a offert une hotte.	Personne-ressource	Résultat inconnu	
Demande de revision de l'hygiène du milieu pour prévenir la contamination.	POP 1	Moniteurs	Contact avec responsable des maladies infectieuses du D.S.C. Vérification des pratiques de l'hygiène. Recommandations faites. Tests pour vers.	Personne-ressource	Objectifs atteints	
Demande d'information sur l'hygiène et demande de vérification de l'hygiène à la garderie.	POP 2	Parents	Recherches, lecture. Document préparé et fourni. Cuisine et salle à manger inspectées. Recommandation fait par rapport au lavage des mains.	Personne-ressource	Information fournie. Vérification incomplète / objectifs partiellement atteints.	
Demande d'information sur l'entretien des humidificateurs.	POP 2	Parents	Contact avec Inhalothérapie à Ste-Justine. Information obtenue et transmise. Changements suggérés dans l'environnement physique.	Personne-ressource	Objectifs atteints.	
Surchauffage et manque d'humidité dans l'environnement de la garderie.	BNL 3	Moniteurs	Discussions pour faire comprendre qu'un taux d'humidité plus élevé peut prévenir les maladies respiratoires. Humidificateur acheté.	Personne-ressource	Objectifs atteints.	

DESCRIPTION DU BESOIN	GARDERIE	QUI L'A EXPRIME	DEMARCHES & RESULTATS	ROLE DE L'INFIRMIERE	EVALUATION	COMMENTAIRES
11) HYGIENE CORPORELLE						
Demande de voir le diaporama "Pile et face" sur l'hygiène corporelle.	POP 3	Parents Moniteurs	Diapo obtenu et projeté.	Personne-ressource	Objectifs atteints	
Manque de brosse à ongles et de serviettes en papier.	POP 1	Infirmière	Discussions. Problèmes financiers empêchaient l'achat de ce matériel.	Personne-ressource	Objectifs non atteints.	
12) MALADIES CONTAGIEUSES						
Demande d'information sur les maladies infectieuses.	POP 2	Parents Moniteurs	Document sur les maladies infectieuses préparé par le collectif et remis à la garderie. Information donnée quand il y a eu une épidémie de varicelle.	Personne-ressource	Objectifs partiellement atteints. L'infirmière aurait préféré avoir plus de moyens (ex.: audiovisuel) pour transmettre l'information.	
Voulaient pouvoir reconnaître les maladies contagieuses.	BNL 1	Directeur Moniteurs	Contact avec la responsable des maladies infectieuses au D.S.C. qui a préparé un document synthèse. Ce document a été utilisé comme outil de travail.	Personne-ressource	Objectifs atteints. Ils sont capables de reconnaître les maladies sur une photo.	Difficile à juger l'impact de cet enseignement face à une situation concrète.
Quelques enfants avaient des osseures.	POP 3	Moniteurs	L'infirmière a fait faire les test diagnostiques. Conseils experts obtenus au D.S.C. Protocoles préparés, communiqué aux parents et à la garderie. On a insisté à la prévention.	Personne-ressource	Objectifs atteints avec élaboration de protocoles de prévention.	

DESCRIPTION DU BESOIN	GARDERIE	QUI L'A EXPRIME	DEMARCHES & RESULTATS	ROLE DE L'INFIRMIERE	EVALUATION	COMMENTAIRES
12) MALADIES CONTAGIEUSES						
Demande d'information sur les maladies infectieuses. Voulaien étudier des photos pour apprendre à les différencier.	BNL 3	Moniteurs	Documentation fournie mais photos pas utilisées	Personne-ressource	Objectifs atteints	
13) SUPPORT SOCIOPOLITIQUE						
Demande d'aide face aux problèmes avec la commission scolaire et le M.A.S.	POP 1	Direction	Contact avec le conseiller en développement communautaire qui a consulté le directeur du D.S.C. Lettre envoyée à la garderie qui pouvait être utilisée à leur discrétion.	Agent de liaison. Rôle du conseiller: agent de liaison, participant à part égale.	Objectifs atteints	
14) AUTRES						
Formation d'un comité santé	POP 2	Infirmière	Rencontres, discussions. Processus très lent.	Participant à part égale.	Objectifs non atteints. Conseil pas encore formé.	
Demande que l'infirmière envoie une lettre aux parents pour leur faire comprendre l'importance de garder un enfant malade à la maison.	BNL 3	Directeur	L'infirmière a conseillé la directrice de rédiger la lettre elle-même. Elle ne l'a pas fait.			

RESUME DES BESOINS DE SANTE

Un total de 43 besoins ont été exprimés par les gens de la garderie ou par les infirmières lors de ce projet. La répartition de ces besoins selon la ou les personne(s) qui l'a exprimé est présentée au tableau suivant:

Répartition des besoins, selon la personne qui a exprimé le besoin

<u>Personne(s)</u>	<u>Nombre de besoins</u>	<u>Pourcentage</u>
Moniteurs	16	37.2
Parents et Moniteurs	8	18.6
L'infirmière	7	16.3
Direction de la garderie	4	9.3
Parents	3	7.0
Direction et Moniteurs	3	7.0
Moniteurs et Cuisinière	1	2.3
Cuisinière	1	2.3
TOTAL	43	100.0

Pour ce qui est du rôle que l'infirmière a joué dans la réponse aux besoins, les résultats apparaissent au tableau suivant:

Répartition des réponses à la question sur le rôle que l'infirmière a joué dans la réponse au besoin.

<u>Rôle</u>	<u>Nombre</u>	<u>Pourcentage</u>
Personne-ressource	25	52.1
Agent de liaison	11	22.9
Animateur	7	14.6
Organisateur	3	6.2
Participant à part égale	2	4.2
TOTAL DES REPONSES *	48	100.0

(* Noter qu'il y a eu 36 besoins où l'infirmière a joué un rôle. Il y a eu 48 réponses à cette question parce que souvent l'infirmière avait joué plus d'un rôle par rapport à un besoin).

Nous avons demandé aux infirmières si leurs objectifs par rapport à chaque besoin ont été atteints. Les réponses sont les suivantes:

ATTEINTE DES OBJECTIFS

	<u>Nombre</u>	<u>Pourcentage</u>
Objectifs atteints	23	53.5
Objectifs partiellement atteints	6	14.0
Objectifs non atteints	5	11.6
Pris en charge par les gens de la garderie	1	2.3
Abandons	6	14.0
Résultat inconnu	2	4.6
 TOTAL DES BESOINS	 43	 100.0

AUTRES BESOINS PERCUS PAR LES INFIRMIERES

On a demandé aux infirmières si elles ont observé des besoins à la garderie qui n'ont pas été exprimés par les gens de la garderie lors du projet. Les réponses à cette question sont les suivantes:

<u>Garderie</u>	<u>Besoins perçus par l'infirmière</u>
POP 1	Besoin des parents de l'information sur la contraception et la sexualité.
POP 2	Hygiène dentaire, sécurité des lieux.
BNL 2	Aucun
BNL 1	Collations identiques à tous les jours.
POP 3	Hygiène (lavage des frigos et comptoirs)
BNL 3	Hygiène (propreté des lieux) Manque de sorties pour les enfants.

APPENDICE 4

COLLECTIF GARDERIES

QUESTIONNAIRE SUR LE TRAVAIL DE GROUPE¹

1.- Dites votre impression générale sur le principe du travail de groupe.
Tout compte fait, vous avez trouvé le travail de groupe :

- utile et à maintenir ? oui ☐ non ☐

- inutile et à supprimer ? oui ☐ non ☐

2.- Pour quelle raison principale êtes-vous de cet avis ?

3.- Dans votre cas particulier, veuillez dire ce que vous a apporté le travail de groupe :

- acquisition de connaissances ? oui ☐ non ☐

- ouverture à des intérêts nouveaux ? oui ☐ non ☐

- entraînement à l'expression orale ? oui ☐ non ☐

- réflexion critique sur des problèmes ? oui ☐ non ☐

- aptitude à dialoguer avec des interlocuteurs
qui ont des points de vue différents des vôtres ? oui ☐ non ☐

- préparation à intervenir auprès des garderies ? oui ☐ non ☐

- alimentation des interventions ? oui ☐ non ☐

- autres bénéfices :

¹ tiré de : La pratique du travail en groupe, Gilles Ferry (Paris, Dunod, 1970),
adapté pour le Collectif garderies

4.- Quels sont les thèmes d'étude qui se sont particulièrement éclairés pour vous au cours du travail de groupe ?

5.- Dans votre cas particulier, quels ont été les inconvénients du travail de groupe :

- Vous pensez que vous auriez mieux utilisé les heures de travail en groupe :

- à suivre des cours magistraux ? oui ☐ non ☐

- à travailler personnellement ? oui ☐ non ☐

- autres :

- Vous avez eu l'impression que souvent le travail de groupe ne vous apportait pas grand chose, que la discussion restait en deçà de ce que vous souhaitiez ?

oui ☐ non ☐

- Ou au contraire que vous vous trouviez dépassée par la discussion ?

oui ☐ non ☐

- Vous avez trouvé le groupe :

- trop exigeant à votre égard (travail, incitation à s'exprimer, etc.) ?

oui ☐ non ☐

- ou trop peu exigeant ? oui ☐ non ☐

- Vous vous êtes sentie isolée dans le groupe ? oui ☐ non ☐

- Vous n'avez pas réussi à surmonter votre antipathie ou votre réserve vis-à-vis de certains membres du groupe ?

oui ☐ non ☐

6.- Dites votre avis sur :

- le rôle du responsable de groupe dans le travail de groupe :

- la répartition des fonctions (conduite de la réunion, secrétariat de séance, observation du groupe) ;

- le choix des thèmes qui a été fait par le groupe ;

- la composition de votre groupe (affinités, incompatibilités, etc) ;

- le caractère obligatoire ou facultatif du travail de groupe.

7.- Autres observations.

Le 3 juin 1981

/hm

APPENDICE 5

Questionnaire sur le travail de groupe¹

- Groupe auquel vous apparteniez :

1.- Dites votre impression générale sur le principe du travail de groupe. Tout compte fait, vous avez trouvé le travail de groupe :

- utile et à maintenir?
- inutile et à supprimer?

2.- Pour quelle raison principale êtes-vous de cet avis?

3.- Dans votre cas particulier, veuillez dire ce que vous a apporté le travail de groupe :

- acquisition de connaissances?
- ouverture à des intérêts nouveaux?
- entraînement à l'expression orale?
- réflexion critique sur des problèmes?
- aptitude à dialoguer avec des interlocuteurs qui ont des points de vue différents des vôtres?
- autres bénéfiques :

4.- Quels sont les thèmes d'étude qui se sont particulièrement éclairés pour vous au cours du travail de groupe?

5.- Dans votre cas particulier, quels ont été les inconvénients du travail de groupe :

- Vous pensez que vous auriez mieux utilisé les heures de travail en groupe :
 - à suivre des cours magistraux?
 - à travailler personnellement?
- Vous avez eu l'impression que souvent le travail de groupe ne vous apportait pas grand-chose, que la discussion restait en deça de ce que vous souhaitiez?
- Ou au contraire que vous vous trouviez dépassée par la discussion?

¹ Gilles Ferry, La pratique du travail en groupe, Paris, Dunod, 1970, p. 255-256

- Vous avez trouvé le groupe :
 - trop exigeant à votre égard (travail, incitation à s'exprimer, etc.)?
 - ou trop peu exigeant?
 - Vous vous êtes sentie isolée dans le groupe?
 - Vous n'avez pas réussi à surmonter votre antipathie ou votre réserve vis-à-vis de certains membres du groupe?
- 6.- Dites votre avis sur :
- le rôle du professeur dans le travail de groupe ;
 - la répartition des fonctions (conduite de la réunion, secrétariat de séance, observation du groupe) ;
 - le choix des thèmes qui a été fait par le groupe ;
 - la composition de votre groupe (affinités, incompatibilités, etc) ;
 - le caractère obligatoire ou facultatif du travail de groupe.
- 7.- Autres observations.

APPENDICE 6

COLLECTIF GARDERIES

Liste des références

- n^o 1 Bégin, Clermont, La participation de la population est-elle possible?, dans Les Cahiers de santé communautaire, Association pour la Santé publique du Québec (éd.), Cahier 3, Québec, juin 1979, p. 113-123.
- n^o 2 Leseman, Frédéric, Stratégies d'interventions auprès des individus et des collectivités : l'action communautaire, dans Les Cahiers de santé communautaire, Association pour la Santé publique du Québec (éd.), Cahier 2, Québec, juin 1979, p. 44-49.
- n^o 3 O'Neill, Michel, Vers une problématique de l'éducation sanitaire au Québec, thèse de maîtrise en sociologie présentée à l'Université Laval 1977, publiée par la Librairie de l'Université de Montréal, 1979-1980, v-122 p.
- n^o 4 O'Neill, Michel, Santé communautaire et communauté : de l'influence de deux conceptions de la communauté sur les interventions québécoises en éducation sanitaire, dans Les Cahiers de santé communautaire, Association pour la Santé publique du Québec (éd.) Cahier 2, Québec, juin 1979, p. 18-31.
- n^o 5 O'Neill, Michel, La modification de comportements reliés à la santé : revue de la littérature théorique et suggestions pour l'organisation de programmes de santé communautaire, dans L'Union médicale du Canada, vol. 109, n^o 5, p. 733-742 et vol. 109, n^o 6, p. 921-928.
- n^o 6 Pineault, Raynald, Eléments et étapes d'élaboration d'un programme de santé communautaire, dans L'Union médicale du Canada, vol. 109, n^o 8, p. 1204-1214.
- n^o 7 Renaud, Marc, L'action socio-politique comme stratégie d'intervention en santé communautaire, dans Les Cahiers de santé communautaire, Association pour la Santé publique du Québec (éd.), Cahier 2, Québec, juin 1979, p. 32-43.
- n^o 8 Rochon, Jean, La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux, dans L'Annuaire du Québec 1975-76, Editeur officiel du Québec, p. 470-480.
- n^o 9 Reissman, Frank, How Does Self-Help Work?, dans Social Policy, vol. 7, n^o 2, livraison de septembre-octobre 1976, p. 41-45.
- n^o 10 Templeton Brownlee, Ann, Community, Culture, and Care, Saint-Louis The C.V. Mosby Company, 1978, xvii-297 p.

APPENDICE 7

COLLECTIF GARDERIES

GUIDE DE RAPPORT ET D'ANALYSE DES INTERVENTIONS DU COLLECTIF GARDERIES

GARDERIE : INTERVENANT : DATE :

1.- Evénement ou fait :

2.- Interactions relatives aux besoins de santé :

-ce qui est dit garderie	-ce qui est fait personne ressource	-sentiments ressentis

3.- Observations relatives aux besoins (non utilisées dans l'interaction) :

4.- Appréciation du vécu :

.résistances
.plaisirs (satisfaction)
.solidarité

5.- Appréciation de l'intervention :

.échanges mutuels
.rapport de négociation
.environnement/individu
.composantes rationnelles
et émotives
.savoir, savoir-faire,
.savoir être

6.- Propositions :

APPENDICE 8

ORDRE DU JOURREUNION D'EVALUATION DU COLLECTIF GARDERIES

1. Le temps de préparation:
 - a) Formation du groupe-sollicitation;
 - b) Le contenu (documentation, etc.);
 - c) La longueur de la période de préparation;
 - d) Perception du groupe;
 - e) Application du contenu au fonctionnement du groupe.
2. Le temps de s'acculturer le milieu:
 - a) La longueur de la période;
 - b) Perception des intervenants.
3. Le temps de répondre aux besoins:
 - a) Les ressources;
 - b) La longueur de la période;
 - c) Perception des intervenants.
4. Le temps de l'évaluation:
 - a) Les ressources;
 - b) La longueur de la période;
 - c) Perception du groupe;
5. Fonctionnement de l'équipe:
 - a) Composition de l'équipe;
 - b) Prise de décision;
 - c) Fonctions de chacun et relation entre ces fonctions;
 - d) Lieu physique;

5. e) Perception du groupe:
 - (i) pendant le temps de préparation;
 - (ii) pendant le temps de s'acculturer le milieu;
 - (iii) pendant le temps de répondre aux besoins;
 - (iv) pendant le temps de l'évaluation.
6. Temps alloué:
 - a) no. de réunions;
 - b) présences dans les garderies;
 - c) préparation des intervenants.
7. Recommandations pour chaque point.

APPENDICE 9

COMPTE RENDU DE LA REUNION DU COLLECTIF GARDERIES, tenue le mercredi 10 juin 1981.1. LE TEMPS DE PREPARATION

A ce premier point à l'ordre du jour, trois (3) éléments ont été discutés.

- a) moyen utilisé pour recruter les personnes intéressées au projet;
- b) longueur ou la durée de l'étape de préparation;
- c) la documentation ou le contenu de base du projet.

A) Moyen utilisé pour recruter les personnes intéressées au projet:La sollicitation.

Ce moyen a été apprécié car il permettait à chacun de choisir, selon ses intérêts, de participer ou non au projet. Cependant, il a été mentionné que les règles du jeu de la sollicitation n'était pas assez claires: suffisait-il de manifester son intérêt pour faire partie du projet? Une fois l'intérêt manifesté, qu'avait-on à faire pour adhérer au groupe? Quelles étaient les implications éventuelles de participation à ce projet? On aurait aimé au moment de la sollicitation en savoir plus sur le projet ou encore qu'une rencontre des personnes intéressées ait lieu peu de temps après la sollicitation pour confirmer ou infirmer la justesse de son intérêt au projet.

B) La durée de l'étape de préparation

Les opinions sont partagées quant à la période de temps qu'on a pris pour préparer l'intervention sur le terrain. Mais là ne semble pas être l'essentiel. Ce qui ressort de la discussion, c'est:

- 1. qu'il était nécessaire de bien connaître la philosophie et les principes de l'approche privilégiée dans ce

- projet avant de se présenter dans une garderie;
2. qu'il ne faut pas trop tarder à aller sur le terrain. Si l'on tarde trop, on risque de fabuler autour d'une réalité; de se faire des peurs, d'augmenter ses craintes face à une éventuelle intervention. On pourrait commencer à s'acculturer le milieu, à un moment opportun dans la préparation du projet, afin précisément de mieux se préparer à l'action. Dans ce sens, on aurait peut-être dû aller dans les garderies plus tôt. Pour garder sa crédibilité face aux garderies, on aurait pu entrer en contact avec elles en se servant d'un prétexte, l'état d'immunisation des enfants par exemple. On serait arrivé avec quelque chose à offrir: un service et on aurait vu ce qu'était physiquement une garderie. C'était au moins un commencement;
 3. qu'une bonne préparation accélère peut-être finalement toutes les étapes subséquentes. D'autant plus qu'il s'agissait dans le cadre de ce projet, d'une nouvelle stratégie, d'une nouvelle population.

C) Documentation ou contenu de base du projet

- Parmi l'abondante documentation remise aux intervenants, il aurait fallu souligner l'importance des textes les uns par rapport aux autres. On a eu un peu l'impression d'être submergé par de la littérature et il n'était pas toujours facile de discerner l'essentiel du moins essentiel. Il a été dit par contre que tout n'avait pas à être lu nécessairement par la même personne mais qu'un échange de lecture aurait été tout aussi profitable, sinon plus. Cela a été fait entre quelques intervenants.

- En plus de la documentation remise pour guider le projet, on a eu recours à une personne-ressource. On a déploré le fait qu'on était mal préparé pour profiter pleinement de la rencontre avec cette personne-ressource. Cet état de chose s'expliquerait par le fait qu'aucun des intervenants n'avait encore mis les pieds dans une garderie et aussi qu'il aurait fallu préalablement à cette rencontre se former comme groupe c'est-à-dire développer, pour, la rencontre, un scénario: en d'autres mots, quelles étaient les attentes vis-à-vis de cette personne et comment s'assurer, au cours de la rencontre, que ces attentes soient comblées.

Recommandations:

I. Advenant que le moyen privilégié pour recruter des personnes intéressées à un projet soit la sollicitation, que cette initiative soit suivie d'une rencontre de toutes les personnes intéressées afin d'explicitier le projet en question;

II. Que les mécanismes et les voies de communication soient bien clairs et bien établis entre les initiateurs d'un projet et les éventuels participants à ce projet (modules D.S.C., C.L.S.C.) afin que l'information circule d'abord et ce, dans un délai le plus court possible;

III. Que si l'expertise d'une personne-ressource s'avère nécessaire dans la démarche d'un projet, que cette expertise ait lieu le plus tôt possible;

IV. Dans l'éventualité d'une rencontre avec une personne-ressource, que le groupe des intervenants préparent cette rencontre;

V. Que lors d'une rencontre prévue avec une personne-ressource, rencontre qui s'avère nécessaire au groupe d'intervenants impliqués dans un projet en particulier, que soient exclues les personnes non participantes au projet. (Une telle rencontre ne tient pas lieu de "Conférence" mais est plutôt perçue comme un étape dans la démarche du groupe);

VI. Que la lecture de la documentation utile à la compréhension et à la bonne marche du projet, soit partagée entre les intervenants et que ces derniers se renseignent mutuellement sur les lectures qu'ils ont faites;

2. LE TEMPS DE S'ACCULTURER LE MILIEU

De ce deuxième point à l'ordre du jour, voici quelques éléments qui ont été objets de réflexion:

- a) le milieu que l'on souhaite s'acculturer est déjà "organisé". La reconnaissance de cette qualité du milieu amène l'intervenant à pondérer son action au rythme et au désir du milieu, à s'intégrer à celui-ci plutôt que de tenter de le modifier. Il faut aussi reconnaître que les milieux sont différents les uns des autres et que l'intervention sera ou facile ou plus difficile selon les milieux;
- b) l'acculturation du milieu est un processus continu; pour entreprendre plus aisément ce processus, il s'est avéré essentiel de connaître le fonctionnement des groupes d'âges à l'intérieur de la garderie;
- c) avoir la volonté de s'acculturer le milieu, c'est accepter de s'impliquer dans le milieu. Si l'acculturation est continue, l'implication amène aussi (peut-être) la continuité des services auprès d'une population. En d'autres mots, on ne peut offrir des services pour ensuite les retirer parce que notre projet est terminé. Les contacts avec une population crée des attentes vis-à-vis les intervenants. Répondre à ces attentes, c'est assurer sa crédibilité.

- d) les premiers contacts avec le milieu sont primordiaux;
- e) dans le processus d'acculturation du milieu, les intervenants doivent miser sur les similitudes plutôt que sur les différences;

Recommandation:

VII. Que les intervenants aient un premier contact avec la population-cible (ici les garderies) avant que s'élabore un projet d'intervention ou tout autre projet. L'objet de ce premier contact pourrait être tout à fait indépendant du projet comme tel.

3. LE TEMPS DE REpondre AUX BESOINS

A ce point de l'ordre du jour, on a surtout discuté du rôle qu'on avait joué comme intervenant; rôle qui varie selon la nature des besoins exprimés et les ressources pour répondre à ces besoins.

A) Rôle de l'intervenant vis-à-vis les personnes-ressources

Le rôle de l'intervenant en est un de lien, de support et d'aide entre ceux qui expriment des besoins et les personnes-ressources susceptibles de satisfaire ces besoins. On a mentionné que la coordination entre les deux était parfois ardue. Un choix judicieux des personnes-ressources s'avère essentiel dans la satisfaction des besoins exprimés et dans la satisfaction des personnes-ressources à l'égard de l'aide qu'elles ont pu apporter. Si l'on reconnaît comme nécessaire l'acculturation du milieu par les intervenants, il en est ainsi également pour les personnes-ressources. Pour éviter un gaspillage d'énergie et des faux-pas, les personnes-ressources doivent avoir un minimum de connaissances sur le milieu pour permettre à l'aidé et à l'aidant un ajustement précoce adéquat. Il faut aussi indiquer clairement aux personnes-ressources ce que la population (garderies-moniteurs) et l'intervenant attendent d'eux.

B) Rôle de l'intervenant vis-à-vis les moniteurs des garderies

Vis-à-vis les moniteurs, le rôle de l'intervenant en est un d'animateur et de support.

P.S.: On a également mentionné que les personnes-ressources ou autres consultants pourraient assister à quelques réunions de l'équipe afin de leur permettre d'être au moins témoin de la démarche de l'équipe. Que d'autres personnes-ressources pourraient s'ajouter à la démarche de l'équipe afin d'élargir l'action de l'équipe ou encore de répondre à des besoins spécifiques. Quant à la durée du temps qui a été disponible pour répondre aux besoins, on la juge insuffisante. Il y a là une source de frustration pour les intervenants.

Recommandations:

VIII. Que les personnes-ressources, sollicitées par l'équipe, participent à quelques réunions de l'équipe;

IX. Considérant la multiplicité des ethnies sur le territoire de la D.S.C., que l'inventaire des ressources (matérielles, humaines) anglophones et allophones soit fait;

X. Que le travail à accomplir pour répondre à un ou plusieurs besoins, soit partagé entre les intervenants.

4. LE TEMPS DE L'EVALUATION

On reconnaît l'importance de l'évaluation. Et l'on trouve aussi que ce temps est menaçant, inquiétant et même stressant. C'est l'étape la moins agréable (la moins le fun) et cette étape est aussi longue. Deux points ont été discutés:

- a) les personnes-ressources qui ont apporté un support à l'évaluation et
- b) les outils d'évaluation.

A) Personnes-ressources

L'expertise de l'agent de recherche a été précieuse et objective. Elle a beaucoup de crédibilité au sein du collectif-garderie. On a apprécié qu'elle soit présente tout au long du cheminement de l'équipe. Quant à un autre consultant qui a participé aux réunions à une ou deux reprises, l'on reconnaît l'importance de sa contribution dans la démarche de l'équipe et son expertise en vue de l'évaluation du projet.

B) Outils d'évaluation

Les intervenants sont d'avis qu'il leur est difficile de construire des outils. S'ils participaient, avant l'élaboration comme telle des outils, au contenu de ces outils, ils s'attendaient à ce que l'expert les finalise. Cependant, l'expert en question a trouvé que les intervenants n'étaient pas suffisamment critiques face à ces outils. Le questionnaire d'évaluation était volumineux à ses débuts. Cette paperasse a eu un effet sécurisant du moins temporairement.

5. LE FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE

A) Composition de l'équipe

Recommandations:

XI. Que le personnel de la planification-recherche participe avec les intervenants au projet dans son ensemble;

XII. Que les rôles de chacun des membres de l'équipe soient clairs et que cette clarification des rôles se fasse de façon répétitive au cours du projet;

XIII. Que la composition de l'équipe soit stable et ce du début à la fin du projet;

XIV. Que les personnes-ressources impliquées dans le projet le soient avec l'accord de tous les membres de l'équipe;

Suggestion:

-Il serait profitable de prévoir la présence (ponctuelle) de quelqu'un qui puisse jeter un regard critique sur la démarche de l'équipe et sur sa prise de décision. L'effet pourrait être bénéfique, sécurisant.

B) Prise de décision

On fait remarquer qu'il aurait fallu clarifier davantage le fonctionnement de l'équipe face à la prise de décision. Egalement, que l'acculturation de l'équipe est aussi primordial que l'acculturation du milieu.

Recommandations:

XV. Que soient définies clairement les fonctions administratives de l'équipe et les responsabilités de chacun à l'intérieur de l'équipe; qu'il y ait un partage des fonctions de secrétariat, d'animation, etc...;

XVI. Que soit défini clairement le mode de prise de décision au sein de l'équipe;

C) Lieu physique

On mentionne qu'il faut un minimum de confort pour travailler: un mobilier adéquat. Au module X les chaises et les tables (s'il y en a) ne sont guère propices au travail. On mentionne également que les réunions pourraient avoir lieu ailleurs qu'au module X : au module Y , au C.L.S.C., à la D.S.C. On pourrait alterner d'une réunion à l'autre.

Enfin, on souligne l'importance de la diffusion de la documentation dans tous les endroits - deux modules, C.L.S.C.

D) Perception du groupe

- Solidarité au sein de l'équipe: les difficultés de l'un étaient les difficultés de tous: la responsabilité était collective;
- La durée des réunions était insuffisante à permettre tous les échanges souhaités et à couvrir l'ordre du jour des réunions;
- Les présences dans les garderies n'ont pas été assez nombreuses: cette remarque ne s'applique pas à toutes les garderies.
- L'utilité d'allouer une durée à certaines activités, à la présence dans les garderies;
- Pour le fonctionnement harmonieux de l'équipe, que chacun exprime au fur et à mesure ce qui ne va pas.

Recommandations:

XVII. Que dans l'élaboration d'un projet, il n'y ait pas trop de nouveautés en même temps. (On reconnaît cependant les avantages de tant de nouveautés dans le projet en question. Le collectif est en quelque sorte un modèle, un exemple pour d'autres équipes éventuelles).

6. TEMPS ALLOUE

On suggère la répartition suivante quant à la durée à accorder aux différentes activités d'un projet: 1/3, réunions de l'équipe; 1/3, présences dans le milieu, 1/3, préparation des interventions.

Juillet 1981

/jl

RESUME DES RECOMMANDATIONS

- I. Advenant que le moyen privilégié pour recruter des personnes intéressées à un projet soit la sollicitation, que cette initiative soit suivie d'une rencontre de toutes les personnes intéressées afin d'explicitier le projet en question;
- II. Que les mécanismes et les voies de communication soient bien clairs et bien établis entre les initiateurs d'un projet et les éventuels participants à ce projet (modules D.S.C., C.L.S.C.) afin que l'information circule d'abord et ce, dans un délai le plus court possible;
- III. Si l'expertise d'une personne-ressource s'avère nécessaire dans la démarche d'un projet, que cette expertise ait lieu le plus tôt possible;
- IV. Dans l'éventualité d'une rencontre avec une personne-ressource, que le groupe des intervenants préparent cette rencontre;
- V. Lors d'une rencontre prévue avec une personne-ressource, rencontre qui s'avère nécessaire au groupe d'intervenants impliqués dans un projet en particulier, que soient exclues les personnes non participantes au projet. (Une telle rencontre ne tient pas lieu de "Conférence" mais est plutôt perçue comme un étape dans la démarche du groupe);
- VI. Que la lecture de la documentation utile à la compréhension et à la bonne marche du projet, soit partagée entre les intervenants et que ces derniers se renseignent mutuellement sur les lectures qu'ils ont faites;

- VII. Que les intervenants aient un premier contact avec la population-cible (ici les garderies) avant que s'élabore un projet d'intervention ou tout autre projet. L'objet de ce premier contact pourrait être tout à fait indépendant du projet comme tel.
- VIII. Que les personnes-ressources, sollicitées par l'équipe, participent à quelques réunions de l'équipe;
- IX. Considérant la multiplicité des ethnies sur le territoire de la D.S.C., que l'inventaire des ressources (matérielles, humaines) anglophones et allophones soit fait;
- X. Que le travail à accomplir pour répondre à un ou plusieurs besoins, soit partagé entre les intervenants.
- XI. Que le personnel de la planification-recherche participe avec les intervenants au projet dans son ensemble;
- XII. Que les rôles de chacun des membres de l'équipe soient clairs et que cette clarification des rôles se fasse de façon répétitive au cours du projet;
- XIII. Que la composition de l'équipe soit stable et ce du début à la fin du projet;
- XIV. Que les personnes-ressources impliquées dans le projet le soient avec l'accord de tous les membres de l'équipe;
- XV. Que soient définies clairement les fonctions administratives de l'équipe et les responsabilités de chacun à l'intérieur de l'équipe; qu'il y ait un partage des fonctions de secrétariat, d'animation, etc...;

- XVI. Que soit défini clairement le mode de prise de décision au sein de l'équipe;
- XVII. Que dans l'élaboration d'un projet, il n'y ait pas trop de nouveautés en même temps. (On reconnaît cependant les avantages de tant de nouveautés dans le projet en question. Le collectif est en quelque sorte un modèle, un exemple pour d'autres équipes éventuelles).

APPENDICE 10

EVALUATIONPROJET EXPLORATOIRE DU COLLECTIF GARDERIE

Le projet exploratoire du Collectif garderie ne serait pas complet sans évaluation. C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir collaborer en répondant aux questions suivantes. Veuillez noter que ce questionnaire est anonyme et ne sera vu que par la personne chargée de la compilation des réponses au questionnaire.

NOM DE LA GARDERIE: _____

Votre fonction:

☐ Directeur

☐ Moniteur

☐ Parent

☐ Autre → _____

1. Est-ce que la participation de votre garderie à ce projet exploratoire aura permis de répondre à certains besoins de santé?

☐ oui → Lesquels? _____

☐ non → Lesquels? _____

2. Dans ce projet, nous avons expérimenté une approche basée sur la consultation de la clientèle concernant leurs besoins de santé. Cette approche est formée de diverses étapes: le temps de se connaître, le temps de discuter des besoins et le temps de répondre aux besoins.

a) Comment avez-vous vécu cette approche?

b) Auriez-vous préférée une autre approche?

☐ oui → Laquelle? _____

☐ non

3. Pensez-vous que l'infirmière du D.S.C. a un rôle à jouer dans les garderies?

☐ oui

Si oui:

a) Quel serai(en)t le ou les rôle(s)?

- ☐ consultante pour questions de santé
- ☐ personne-ressource (information)
- ☐ participante au comité de santé
- ☐ agent de liaison
- ☐ autres rôles → _____

b) Quelle devrait être la fréquence de sa présence à la garderie?

☐ non

Si non:

a) Pourquoi pensez-vous que l'infirmière du D.S.C. n'a pas de rôle à jouer dans les garderies?

- ☐ nous avons accès à suffisamment de personnes-ressources
- ☐ nous avons accès à suffisamment de services communautaires
- ☐ notre programme de santé est déjà établie
- ☐ autres raisons;

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS: _____

APPENDICE 11

RESULTATS DU QUESTIONNAIRE COMPLETE PAR LES PARTICIPANTS AU PROJET-GARDERIE

En septembre, nous avons demandé aux moniteurs, parents et directeurs des six garderies participant au projet de compléter des questionnaires afin de nous aider à évaluer leur appréciation de cette expérience, et de ramasser leurs commentaires et suggestions.

Voici un résumé des réponses à ces questions.

1) Répondants au questionnaire:

<u>Fonction</u>	<u>Nombre</u>
Moniteurs	30
Parents	7
Directeur/coordonnateur	6
Autres	<u>2</u>
TOTAL:	45

2) Réponse aux besoins de santé

Dans quatre des six garderies, tout le monde a répondu qu'ils pensent que la participation de leur garderie à ce projet a permis de répondre à certains besoins de santé.

Dans les deux autres garderies, trois moniteurs ont mentionné certains besoins auxquels on n'a pas répondu.

3) L'approche communautaire

Dans quatre garderies, tout le monde a répondu qu'il n'aurait pas préféré une autre approche que celle utilisée lors de ce projet. Dans une garderie, deux des moniteurs ont répondu qu'ils auraient préféré que l'infirmière arrive avec des choses plus concrètes. Dans la sixième garderie, les moniteurs ont répondu qu'ils auraient aimé que l'infirmière rencontre les parents pour les impliquer dans la promotion de la santé des enfants.

4) Rôle de l'infirmière

Tout le monde dans toutes les garderies a répondu que l'infirmière avait un rôle à jouer dans les garderies.

A savoir quels rôles l'infirmière pouvait jouer, les gens pouvait choisir une ou plusieurs réponses. Les réponses se répartissent comme suit:

Personne-ressource	91.5%
Consultante sur questions de santé	85.1%
Agent de liaison	59.6%
Membre du comité-santé	53.2%
Autres	12.8%

5) Fréquence de la présence de l'infirmière à la garderie

Les réponses à la question sur la fréquence idéale de la présence de l'infirmière à la garderie étaient les suivantes:

<u>Fréquence</u>	<u>% des réponses</u>
Une fois par semaine ou plus	39%
Deux fois par mois	23%
Une fois par mois	19%
Moins d'une fois par mois	6%
Au besoin	8%
Pas de réponse	<u>5%</u>
TOTAL:	100%

Il est donc évident que les gens souhaiteraient des présences assez fréquentes à la garderie, 61% répondant qu'ils aimeraient qu'elle vienne au moins toutes les deux semaines.

Commentaires et suggestions

A la page suivante, vous trouverez une synthèse des commentaires faits par les gens des garderies à la fin du questionnaire.

C O M M E N T A I R E S

PARENTS

- Il est temps de passer du stage exploratoire au stage permanent.
- L'infirmière dans les garderies est une source de renseignements pour les parents et les moniteurs.
- La présence de l'infirmière est essentielle (non physique mais comme ressource).
- Travail en collaboration: parents, moniteurs, infirmière.
- Besoin d'une personne compétente en Santé.
- Dépistage des maladies contagieuses "ennuis" de toutes sortes en Santé.

MONITEURS

Ressource, psycho-éducateur très précieux (relation moniteurs-enfants).

Organiser des rencontres parents-moniteurs-infirmières).

Services dès début septembre afin que les interventions soient le plus efficaces.

Service qui rend les ressources en santé plus accessible.

Augmenter la fréquence de la présence de l'infirmière dans les garderies.

Passer du stage exploratoire au stage permanent.

Service qui devrait être offert dans toutes les garderies.

Audio-visuels pour aider les moniteurs à faire de l'éducation sanitaire, ainsi que des jeux et activités. / Ce projet s'ajoute au travail des moniteurs. /

Rôle de l'infirmière: diriger les monitrices, détecter les maladies conta-

DIRECTEURS

Importance de prévoir un budget pour les remplacements des moniteurs pour une meilleure participation: donc le savoir assez tôt (septembre).

Besoin d'une infirmière et aussi d'un médecin pour établir les certificats médicaux exigés par le MAS.

Etablir une liste "réaliste" des maladies les plus fréquentes dans les garderies - liste vulgarisée des premiers soins.

Audio-visuels (films, diaporama pour les enfants sur les thèmes de Santé (films courts).

L'acculturation du milieu est très importante pour permettre des échanges harmonieux.

La présence de l'infirmière dans les garderies permet une meilleure connaissance des ressources du milieu.

PARENTS

MONITEURS

DIRECTEURS

gieuses, donner les premiers soins.

Travailler avec les parents et les monitrices pour renforcer les bonnes habitudes de Santé.

Enseignement aux monitrices sur les premiers soins.

Importance que l'infirmière rencontre les parents dès le début de septembre.

Importance de continuer ce service aux garderies.

Importance d'avoir une personne identifiée pour répondre à toutes les questions sur la Santé.